

太枠 ①・②内に必ずご記入ください。

様式第9号(第17条関係)

福祉施策利用者負担金減額認定申請書

平成 年 月 日

(あて先) 吉川市長

申請者 ①

住 所	吉川市	<hr/>
氏 名		<hr/>
電話番号		<hr/> ()

吉川市介護福祉総合条例附則第4条第3項に基づき、福祉施策利用者負担金減額を申請します。

②

フリガナ			
申請者名			
生年月日	年	月	日生
住 所	吉川市	電話番号	()
資 格 区 分	<input type="checkbox"/> 第1号区分(老齢福祉年金受給者で世帯非課税者、生活保護者) <input type="checkbox"/> 第2号区分(世帯非課税者)		

市記入欄

資 格 区 分	<input type="checkbox"/> 第1号区分 <input type="checkbox"/> 第2号区分	認定番号