

記入例

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

平成〇〇年 〇月〇〇日

(あて先) 吉川市長

申請者

①

住 所 吉川市 〇〇〇 △△番地

氏 名 〇〇 〇〇

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇〇

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	〇〇〇 〇〇〇
申請者名	〇〇 〇〇
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生
住 所	吉川市〇〇〇 △△番地 電話番号 (〇〇〇)〇〇〇〇
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 checked="" 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	認定番号
	<input type="checkbox"/> 第2号区分	