

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額対象確認申請書

(離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額措置)

フリガナ			確認番号		—										
被保険者氏名				被保険者番号		5	3	2	0	0					
生年月日		明・大・昭		年	月	日生	性別		男		女				
住 所		〒 - 電話番号 -													
利用者負担額減額 申請理由															
		氏 名			生 年 月 日			性別		生計中心者に○を つけてください					
世帯 構 成	世帯主														
	世帯員														
伊 仙 町 長 様															
上記のとおり離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の減額対象の申請をします。															
令和 年 月 日															
申請者 住所															
氏名 印 電話番号															

※ 公簿等により町民税の税額を確認願います。 印

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	