様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減対象確認申請書（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 確認番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 　平　戸　市　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軽減の対象確認の申請をします。　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　住　所　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　 |

　　市（町村）記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 　　　　年　　　月　　　日 | （所得分布の状況等を記入）　　本人　（　課税　・　非課税　）　社福減免　（　有り　・　無し　）　認　定　・　却　下 |
| 適用年月日 |
| 　　　　年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 　　　　年　　月　　日まで |

 |