離島等特別地域加算に係る利用者負担額対象確認申請書

（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の減額措置）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 　　年　　月　　日 | 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 |  |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 屋久島町長 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。　　　　年　　月　　日住所申請者 電話番号氏名  |

町記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 統括係長 | 係長 | 係 | 連帯 |
|  |  |  |  |  |

上記申請を　承認　・　却下　してよろしいか伺います。

|  |  |
| --- | --- |
| 公印承認印 |  |

 |
| 　　　年　　月　　日 |
| 適用年月日 |
| 　　　年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 　　　年　　月　　日まで |