

様式第2（第5条関係）

中山間地域等における利用者負担額軽減措置申請書

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	<input type="text"/>
		個人番号	<input type="text"/>
生年月日		年 月 日	
住 所		(            )            電話番号            -	
利用者負担額軽減措置申請理由			
世帯構成		氏 名	生 年 月 日
		生計中心者に○をつけてください。	
世帯主			
世帯員			
鹿兒島市長 殿			
<p>上記のとおり、中山間地域等における利用者負担額の軽減措置を申請をします。          なお、軽減措置の決定に関して、私の世帯について必要な課税資料等を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>電話番号 (署名又は記名押印)</p>			

市記入欄

交付年月日	本人の課税状況等	他の軽減措置適用状況
年 月 日		
適用年月日		
年 月 日から		
有効期限		
年 月 日まで		