

第2号様式（第5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減額申請書  
 （離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額減額措置）

フリガナ				保険者番号	4	6	2	2	2	6
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									
サービス提供事業所の所在地及び名称	〒 電話番号									
サービス開始月日	平成	年	月	日	減額申請事由	1 市町村民税非課税者 2 その他 ( )				
奄美市長 殿  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減額の申請をします。  令和 年 月 日  申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____										

奄美市記入欄

交付年月日	令和 年 月 日								
有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで								
備考	【課税状況等を記入】 <input type="checkbox"/> 市民税本人非課税 <input type="checkbox"/> 市民税本人課税 <input type="checkbox"/> 社福軽減（有 無） <input type="checkbox"/> 生活保護（有 無） <input type="checkbox"/> 滞納（有 無）								
上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>課長</td> <td>補佐</td> <td>係長</td> <td>係</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		課長	補佐	係長	係				
課長	補佐	係長	係						
利用者負担率 %									