様式第１号（第５条関係）

過疎地等における特別地域加算に係る利用者負担減額申請書

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	年　　月　　日生		
住　　所	〒 電話番号		
利用者負担額減免申請理由			

		氏　　名	生　年　月　日	生計中心者に○を付けてください。
世帯構成	世　帯　主			
	世　帯　員			

（宛先）白山市長

上記のとおり過疎地等における特別地域加算に係る利用者負担の減額を申請します。なお、当該事業に関する審査のため、私の市民税の課税状況の閲覧等の調査について貴職において実施されることに同意します。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　㊞　　電話番号

白山市記入欄

交付年月日	決定日　　年　　月　　日	
年　月　日	□承認	□　本人非課税
適用年月日		
年　月　日から		決定内容（□利用者負担率　　%） 有効期間　　年　月　日～　　年　月　日
有効期限		
年　月　日まで	□却下	□　世帯課税 □　生活保護却下通知書 □　その他