

生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ			確認番号																		
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 ()																				
利用者負担額軽減申請理由				区分	新規 ・ 更新 ・ 再交付																
	氏名			生年月日			性別			続柄											
世帯員				年 月 日			男 ・ 女														
				年 月 日			男 ・ 女														
				年 月 日			男 ・ 女														
<p>狛江市長 あて</p> <p>上記のとおり生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。</p> <p>なお、軽減対象の確認にあたり、公簿等により所得状況等の確認を受けることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者) 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 電話番号 _____ () _____</p>																					

市記入欄 (確認欄)

交付年月日	(世帯の所得状況等)		
年 月 日	①収入	<	万円
適用年月日	②預貯金	<	万円
年 月 日	③扶養されていない (いる・いない)		
有効期限	④資産無し (あり・なし)		
年 月 日	⑤介護保険料滞納 (あり・なし)		