

記入例

世帯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	コマエ イチロウ		介護保険 被保険者番号				記入不要です						
被保険者氏名	狛江 一郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大・ 昭 10年1月1日		性別	男 ・女									
住所	〒201-8585 狛江市和泉本町1-1-5 電話番号 03 (3430) 1111												
利用者負担額軽減申請理由	収入が少なく利用者負担の支払が困難であるため		区分	新規・ 更新 ・再交付									
	氏名	生年月日	性別	続柄									
世帯員	狛江 一郎	昭和10年1月1日	男 ・女	本人									
	狛江 花子	昭和11年2月3日	男・ 女	妻									
		年 月 日	男・女										
狛江市長 あて 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。 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。 令和〇〇年××月△△日 申請者 (被保険者) 住所 <u>狛江市和泉本町1-1-5</u> 氏名 <u>狛江 一郎</u> 電話番号 <u>03 (3430) 1111</u>													

市記入欄 (確認欄)

交付年月日	(世帯の所得状況等)
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	