

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号	0000	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	
住 所	〒 電話番号				
利用者負担額 軽減申請理由	生計困難のため	区 分	更 新		
	氏 名	生 年 月 日		続 柄	
世帯員		明・大・昭	年	月 日	本人
		明・大・昭	年	月 日	
		明・大・昭	年	月 日	
		明・大・昭	年	月 日	
文京区長 殿 上記のとおり、生計困難者に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号					

以下は区の事務欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	(世帯者の所得状況等を把握)	
適用年月日	世帯全員住民税非課税	該当・非該当
年 月 日から	年間収入基準額以下	該当・非該当
有効期限	預貯金額基準額以下	該当・非該当
年 月 日まで	介護保険料の滞納	無・有

老福	無・有
旧措	無・有
生保	無・有