

記入例

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	ブンキョウ タロウ	被保険者番号	0000 123456	
	文京 太郎			
生年月日	明・大・昭 5 年 5 月 5 日 生			
住 所	〒 112-0003 文京区 春日1-16-21 電話番号 5803-1388			
利用者負担額 軽減申請理由	生計困難のため	区 分	新 規	
	氏 名	生 年 月 日		続 柄
世帯員	文京 太郎	明・大・昭 5 年 5 月 5 日		本人
	文京 花子	明・大・昭 8 年 8 月 8 日		妻
		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。				
令和 年 月 日				
申請者 住 所 文京区 春日1-16-21				
(被保険者) 氏 名 文京 太郎 電話番号 5803-1388				

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	負担限申請	無・有
年 月 日から	年間収入基準額以下	該当・非該当	老福	無・有
有効期限	預貯金額基準額以下	該当・非該当	旧措	無・有
年 月 日まで	介護保険料の滞納	無・有	生保	無・有