

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<br>被保険者氏名                        |         | 被保険者番号  |     |     |  |
|                                       |         |         |     |     |  |
| 生年月日                                  | 年 月 日 生 |         |     |     |  |
| 住 所                                   | 〒 電話番号  |         |     |     |  |
| 利用者負担額<br>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                                   |         | 年 月 日   |     | 本人  |  |
|                                       |         | 年 月 日   |     |     |  |
|                                       |         | 年 月 日   |     |     |  |
|                                       |         | 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<br>(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 | 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<br>旧措<br>生保 | 無・有 |  |
| 有効期限    | 預貯金額基準額以下      | 該当・非該当 |                | 無・有 |  |
| 年 月 日まで | 介護保険料の滞納       | 無・有    |                | 無・有 |  |