

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

この申請項目は、電子計算組織に記録されます。

フリガナ 被保険者氏名		確認番号	
			被保険者番号	
生年月日	年 月 日生	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				本人

(宛先) 小金井市長

上記のとおり、{社会福祉法人等} {介護保険サービス提供事業者} による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、この申請の決定に当たり、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。

年 月 日

住所
申請者
氏名

電話番号

市記入欄

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	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	