

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

フリガナ 被保険者氏名	アラカワ ハナコ	確認番号	記載不要
	荒川 花子	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日		
住 所	〒116-8501 電話番号（3802）3111 荒川区荒川2-2-3		
利用者負担額 軽減申請理由	生計困難のため	区分	新規 ・ 更新 ・ 再交付
世帯員	氏 名	生年月日	続柄
	荒川 花子	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	本人
	荒川 太郎	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	夫

荒川区長 殿

上記のとおり社会福祉法人等及び介護保険サービス提供事業者による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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 荒川区荒川2-2-3

申請者 氏 名 荒川 花子

電話番号 ()

介護サービスを受けている被保険者ご本人の住所・氏名を記入してください。

※上記の申請者と届出者が異なる場合のみ記入

届出者	氏 名	町屋 久子	続柄	子
	住 所	〒116-0001 電話番号（3802）4037 荒川区町屋2-8-9		

申請書を記入した方の住所・氏名を記入してください。

（区担当者記入欄）

交付年月日	年 月 日	備考（世帯者 ・ 介護保険料納付状況確認（未・済）
適用年月日	年 月 日から	
有効期限	年 月 日まで	