

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		確認番号	
		被保険者番号	
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	新規 ・ 更新 ・ 再交付
	氏 名	生年月日	続柄
世帯員			本人
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。			
令和 年 月 日			
住所 申請者 氏名 電話番号 ()			

※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		続柄	
	住 所	〒 電話番号（ ）		

（区担当者記入欄）

交付年月日	令和 年 月 日	備考（世帯者の所得状況等を把握） ・ 介護保険料納付状況確認（未・済）
適用年月日	令和 年 月 日から	
有効期限	令和 年 月 日まで	