

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	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
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。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 ()				

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	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	年 月 日から	
有効期限	年 月 日まで	