

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

刀ガナ 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
江東区長 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。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 続柄				
の箇所の記入は不要です 区記入欄				
交付年月日	備 考			
年 月 日	住民税世帯課税状況	非課税	課税	
適用年月日	扶養の状況	無	有()	
年 月 日から	生活保護受給状況	無	有	
有効期限	老齢福祉年金受給	無	有	
年 月 日まで	訪問介護利用者負担減額	無	有	
軽減割合	旧措置介護費負担減免	無	有()	
	介護保険料滞納状況	無	有	
/ 100	収入及び預貯金申告書審査内容	該当	非該当	

受 付	入 力	係 長	

受付