【記入例】

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申

ご本人の氏名・生年月日・住所・電話番号

介護保険の被保険者証の番号

フリガナ 被保険者氏名	カイゴ　ハチロウ 介護　八朗	確認番号	※
		被保険者番号	０００００１２３４５６
生年月日	明・大・昭　11 年 11 月 11 日生	性　別	男　・　女
住　　所	〒135－0033　江東区深川４－５－６	電話番号	03 - 0000 - ZZZZ
利用者負担額軽減申請理由	収入が少なく利用者負担額の支払が著しく困難なため	区分	新規　・　更新　・　再交付

	氏　　名	生年月日	性別	続柄
世帯員	介護　八朗	大正 11 年 11 月 11 日	男	本人
	介護　まつ	大正 12 年 12 月 12 日	女	妻

軽減を受けるための理由を記入してください

世帯員の氏名・生年月日・性別・続柄を記入してください

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

平成○○年○○月○○日

申請者　住所　江東区深川４－５－６

電話番号　03 - 0000 - ZZZZ

氏名　介護　まつ

続柄　妻

申請される方の住所、氏名、電話番号、続柄を記入します

※の箇所の記入　要です

区記入欄

		備　　考		
年　月　日から		民税世帯課税状況	非課税	課税
有効期限		護の状況	無	有(　　)
年　月　日まで		活保護受給状況	無	有
		老齢福祉年金受給	無	有
		訪問介護利用者負担減額	無	有
		旧措置介護費負担減免	無	有(　　)
		介護保険料滞納状況	無	有
軽減割合	／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