第２号様式

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		被保険者番号	
被保険者 氏名		個人番号	
生年月日	明　・　大　・　昭　　年　　月　　日		
住　　所	〒 電話番号　　（　　）		
申請区分	新規　・　更新　・　再交付		

		氏　　名	生年月日	個人番号	続柄
世帯構成	世帯主		年　月　日		
	世帯員		年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		

葛飾区長あて

上記のとおり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

申請者【被保険者】　住　　所

氏　　名

電話番号　　（　　）

同意書

私が、利用者負担額軽減措置の対象者となった場合、確認証の交付状況について、居宅介護支援事業者に通知することに同意します。また、介護保険課長が私及び世帯員の課税台帳を閲覧することに同意します。

申請者【被保険者】　氏名

申請手続きに関するご連絡先	本人とのご関係
住　　所	
氏　　名	
電話番号	

【区使用欄】

受　付	年　収	預貯金	扶養の有無	保険料	決　裁		
					課　長	給付係長	担　当
	基準以下 基準超過	基準以下 基準超過	無 有	滞納なし 滞納あり			

決定年月日	適用期間	軽減割合
年　月　日	年　月　日～　年　月　日	/100