第２号様式記入例

# 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 | カツシカ　タロウ | 被保険者番号 |
| 被保険者氏名 | 葛飾　太郎 | １２３４５６７８９０ |
| | | 個人番号（マイナンバー） |
| | | ０００００００００００００ |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　25年　1月　1日 | |
| 住　所 | 〒１２４―００００<br>葛飾区立石１－１－１<br>電話番号　０３（１２３４）５６７８ | |
| 申請区分 | 新規　・　更新　・　再交付 | |

| 世帯構成 | | 氏　名 | 生年月日 | 個人番号(マイナンバー) | 続柄 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 世帯主 | 葛飾　太郎 | S25年1月1日 | 0000000000000 | 本人 |
| | 世帯員 | 葛飾　花子 | S25年2月2日 | 1111111111111 | 妻 |
| | | | 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　６年　６月　20日

申請者【被保険者】
住　所　葛飾区立石１－１－１
氏　名　葛飾　太郎
電話番号　０３（１２３４

同意書

私が、利用者負担額軽減措置の対象者
ついて、居宅介護支援事業者に通知する
課長が私及び世帯員の課税台帳を閲覧す

申請者【被保険者】　氏名　葛飾　太郎

*申請者欄・同意欄には負担額軽減対象予定者の氏名を必ずご記入ください（代筆者の氏名は不要です）。*
*本人が被成年後見人の場合、氏名の欄には、本人の氏名に加えて成年後見人の氏名を併記してください。*

| 申請手続きに関するご連絡先 | | 本人とのご関係 |
|---|---|---|
| 住　所 | 葛飾区立石１－１－１ | 妻 |
| 氏　名 | 葛飾　花子 | |
| 電話番号 | ０９０－１２３４－５６７８ | |

【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<br>基準超過 | 基準以下<br>基準超過 | 無<br>有 | 滞納なし<br>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 |