福生市介護保険サービスに係る生計困難者
に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

（福生市）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 住所 | 〒197－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 | 続　　柄 |
| 世帯員 |  |  |  |  | 本人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 　福生市長　宛て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。なお、市が公簿等により被保険者及び同一世帯員の所得状況を調査することに同意します。　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　申　請　者　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者本人）　　氏名　　　　　　　　印　 |

市記入欄（この欄は記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯の所得状況等を把握 | 交付年月日 |
| □市民税非課税世帯□生活保護の被保護者ではない□基準収入額以下□世帯の預貯金残高が基準収入額の１/２以下□介護保険料の滞納なし□旧措置者ではない□その他 | 　　　年　　月　　日 |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日まで |
| 入力 | 決裁欄 | 係員 | 係長 | 課長 |
| ／ |  |  |  |