

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		確認番号									
被保険者氏名		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						
<p>福生市長 宛て</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申 請 者 (被保険者本人) 氏名 ㊟</p>											

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		
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者ではない <input type="checkbox"/> 基準収入額以下 <input type="checkbox"/> 世帯の預貯金残高が基準収入額の1/2以下 <input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納なし <input type="checkbox"/> 旧措置者ではない <input type="checkbox"/> 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
/				