

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		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
			個人番号（マイナンバー）										
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 25 年 1 月 1 日												
住 所	〒 1 2 4 - 0 0 0 0 葛 飾 区 立 石 1 - 1 - 1												
	電話番号 0 3 （ 1 2 3 4 ） 5 6 7 8												
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		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0						本人		
	世帯員	葛 飾 花 子	S25 年 2 月 2 日		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						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 8 年 6 月 20 日													
住 所 葛 飾 区 立 石 1 - 1 - 1													
申請者													
【被保険者】 氏 名 葛 飾 太 郎													
電話番号 0 3 （ 1 2 3 4													
同意書													
私が、利用者負担額軽減措置の対象者について、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	0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8		

【区使用欄】							
受 付	年 収	預貯金	扶養の有無	保険料	決 裁		
					課 長	管理係長	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	