

様式第 2 号（第 9 条関係）

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名			確認番号	
			個人番号	
			被保険者番号	
生年月日	年 月 日生			
住 所	〒		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
（あて先）三鷹市長 上記のとおり社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号				

三鷹市記入欄

交付年月日	備 考 (世帯者の所得状況等を把握)
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	