

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
<p>(あて先) 三鷹市長</p> <p>上記のとおり介護保険サービス提供事業者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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>				

三鷹市記入欄

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