

様式第1号(第6条, 第9条関係)

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  
(社会福祉法人及び介護保険サービス提供事業者による利用者負担額軽減制度)

フリガナ			確認番号		
氏 名			個人番号		
			被保険者番号	0	0
生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女
住 所	〒				
	電話番号				
利用者負担額 軽減申請理由			区分	新規 ・ 更新	
	氏 名	生年月日	性別	続柄	個人番号
世帯員					
国分寺市長 殿  上記のとおり社会福祉法人及び介護保険サービス提供事業者による生計困難者等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 (利用者)					

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	