

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

申請区分	新規 ・ 更新	保 険 者 番 号	1	3	1	1	0	2
フリガナ		被保険者番号						
被保険者氏名		個人番号						
		生年月日			年		月	
住 所	〒 ー							
利用中の施設名 (利用予定含む)								
世 帯 員 (本人を除く)	氏 名	生 年 月 日					続 柄	
申請者 (被保険者)	目黒区長 あて							
	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利用者負担額軽減対象の確認を申請します。 なお、この申請の決定に当たり、課税台帳等の公簿により確認を受けることに同意します。 年 月 日 〒 住 所 氏 名 電話番号							
申請 代 行 者	〒							
	住 所 電話番号 氏 名 本人との関係							

受付印	目黒区記入欄							
	世帯人数	負担限度額認定	保険料滞納	適用年月日				
	生活保護	収入要件	判定結果	有効期限				
	高齢福祉年金	預貯金要件	利用者負担段階	発送日				
	旧措置	資産の有無	入力日	送付先				
非課税世帯	被扶養者	認定日	担当					