第２号様式（第８条関係）

港区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確認申請書

		区　　分	新規　・　更新　・　再交付
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	131037
		被保険者番号	
生年月日		個人番号	
住　　所	電話番号　　（　　）		
利用者負担額軽減申請理由			

	氏　　名	続　柄	生年月日	備考欄
世帯員		本　人	年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	

（あて先）港　区　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。

区が個人番号を利用し、他自治体が保有する地方税関係情報を取得することに同意します。

年　　月　　日

申請者
（被保険者）

住所

氏名　　電話番号　　（　　）

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

・太枠内のすべての欄を黒のボールペンなどで記入してください。

〔港区記入欄〕

備　　考（世帯者の所得状況等）					確認番号
生保受給	老福受給	介護保険料滞納	申　告　書	承認	
無 有	無 有	無 有	該当 非該当	却下	受付

審査	入力	確認証交付年月日	適用年月日	有効期限
		発行　・　・	年　月　日 から	年　月　日 まで
		発送　・　・		