

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
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）
 （介護保険サービス提供事業者による利用者負担の軽減制度）

フリガナ 被保険者氏名			確認番号	※市で記入
			被保険者番号	
生年月日	年 月 日			
住 所	〒 ー			
	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		年 月 日	本人	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
<p>調布市長 宛</p> <p>上記のとおり生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 なお、軽減対象の確認にあたり、公簿等により所得状況等の確認を受けることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者署名</p> <p>（被保険者が署名できない場合のみ）代筆者氏名及び続柄</p> <p>代筆者電話番号 ()</p>				