

第2号様式（第6条関係）

生計困難者等に対する利用者負担軽減対象確認申請書

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号																
	氏名			個人番号																
	住所	〒	—	生年月日	年 月 日															
				電話番号																

申請区分	新規 更新 再交付 事由： 紛失 ・ 破損 ・ その他（ ）																		
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世 帯 員	氏名	生年月日	続柄	個人番号
				— —
				— —
				— —
				— —

品川区長あて

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軽減対象の確認を申請します。
 なお、この申請にあたり、区が保有する被保険者世帯の個人情報（課税台帳等）を用い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 _____

連絡先（必要な場合のみ）

氏名 _____ 電話番号 _____

本人との関係 _____

※ 裏面の「収入、資産および扶養の有無等に関する申告書」も忘れずにご記入ください。 ※

《区处理欄》

交付年月日	生活保護受給	無	有	確認番号
年 月 日	区民税課税	非課税	課税	
適用年月日	世帯年収基準額	該当	非該当	
年 月 日	預貯金額基準額	該当	非該当	
有効期限	資産有無	無	有	
年 月 日	扶養有無	無	有	
軽減割合	介護保険料滞納	無	有	
	その他	(	)	