

第2号様式(第8条関係)

利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ			確認番号	
被保険者氏名			被保険者番号	
生年月日	年	月	日	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 ・ 再交付		
世帯員	氏名	生年月日		性別
				続柄
				本人
<p>(あて先) 日野市長</p> <p>上記のとおり介護保険サービス利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名 印 電話番号</p>				
市記入欄				
交付 年月日	年 月 日			
適用 年月日	年 月 日から	有効期限	年 月 日まで	
備考	(世帯者の所得状況等を把握)			