

生計困難者等に対する利用者負担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														
				個人番号														
生年月日	明・大・昭	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>清瀬市長 殿</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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 続柄 () 電話番号</p>																		

以下清瀬市記入欄

課長		係長		係		令和 年 月 日											
						以下のとおり決定する											
交付年月日						(世帯者の所得状況等を把握)											
令和 年 月 日																	
適用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																