

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ				保険者番号	131151	
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日		年 月 日				
住所		〒				
世帯の収入状況	氏名	収入の種類	金額（年額）		備考	
		年金・その他（ ）	円			
		年金・その他（ ）	円			
		年金・その他（ ）	円			
	収入合計		円			
世帯の預貯金	氏名	預貯金の種類	金額		備考	
			円			
			円			
			円			
	預貯金合計		円			
のび資産の有無 扶養及	1. 日常生活に供する資産以外に活用できる資産はありません。					
	2. 所得税や住民税を納めている人の扶養控除の対象者になっていません。					
杉並区長 宛						
年中の世帯の収入及び現在の預貯金について、また、資産及び扶養の有無について上記のとおり申告し、生計困難者に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。この申請に基づく内容の確認に当たり、税情報及び住民基本台帳情報の利用に同意します。						
令和 年 月 日						
申請者 (被保険者本人)	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	住所	〒				
	電話番号	()				
同世帯員	申請者との続柄					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年 月 日			年 月 日	
	住所	☐ 申請者と同住所				

【代理人】フリガナ

氏名

続柄

住所

電話番号

第 1 号様式（第 7 条関係）

区記入欄

交付年月日	保険料納付状況	決裁欄	
年 月 日		給付係長	受付担当者
適用年月日			
年 月 日から			
有効期限	添付書類		
年 月 日まで	年金受取口座通帳 公共料金振替口座通帳		