

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

フリガナ			申請区分	新規・更新 / 再交付	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日		明・大 昭・平 年 月 日	個人番号		
住所		〒 電話番号			
		氏名	生年月日	性別	続柄
世帯構成	世帯主		明・大 昭・平 年 月 日		
	世帯員		明・大 昭・平 年 月 日		
			明・大 昭・平 年 月 日		
			明・大 昭・平 年 月 日		

西東京市長 宛

上記のとおり、生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請をするとともに、公簿等を市長が確認することに同意します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者本人）

住所

氏名 電話番号

連絡先（被保険者と異なる場合） 電話 氏名

添付書類 ☐ 収入及び預貯金等申告書 ※世帯全員の預貯金通帳等のコピーを添付
☐ 資産及び扶養の有無に関する申告書

【市記入欄】 ※以下の欄には記入しないでください。

交付年月日	世帯課税		基準収入額	基準貯蓄額
年 月 日	課税世帯 ・ 非課税世帯		万円（以下・超）	万円（以下・超）
適用期間	老齢年金	生活保護	扶養	保険料滞納
年 月 日から	有・無	有・無	有・無	有・無
年 月 日まで	不承認理由	税・収・貯・資・扶・滞・その他		
[備考]				