

第2号様式(第7条)

東村山市介護保険サービス利用者負担額軽減対象者
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													
他の制度による利用料軽減の有・無	有・無	有に該当する場合、軽減を受けている制度の名称 () () ()																
	氏名			生年月日	性別	続柄												
世帯員						本人												
(申請先)東村山市長																		
上記のとおり、東村山市介護保険サービス利用者負担額軽減対象者の確認を申請します。																		
年 月 日																		
住所																		
申請者 氏名 (印) 電話番号																		

東村山市記入欄

決定年月日	交付年月日	備考
年 月 日	年 月 日	(世帯者の所得状況等)
適用年月日	軽減割合	
年 月 日から	／100	
有効期限		
年 月 日まで		