

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 殿				
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します。				
平成 年 月 日				
申請者（被保険者本人）				
住所 _____				
氏名 _____ 電話番号 _____				

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]				