

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

- 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]