

# 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

被保険者	フリガナ		介護保険 被保険者番号	1	0	0							
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	住所	〒 _____ 丁目 番 号											

	氏名	生年月日	続柄	該当するものに○をつけてください。
被保険者	明・大・昭・平	年 月 日	本人	生活保護 中国残留邦人
世帯員	明・大・昭・平	年 月 日		生活保護 中国残留邦人
	明・大・昭・平	年 月 日		生活保護 中国残留邦人
	明・大・昭・平	年 月 日		生活保護 中国残留邦人

練馬区長 殿

上記のとおり社会福祉法人および介護保険サービス提供事業者ならびに第1号事業提供事業者による生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者本人)

住所	丁目	番	号
氏名	電話番号	—	—

※連絡先があれば、記入してください。

氏名	被保険者との関係( )	電話番号	—	—
----	-------------	------	---	---

上記申請にあたり、練馬区が本申請の対象者の要件を審査するため、同区が保有する個人情報を利用することに同意します。また、練馬区が同情報を有しない場合は、同情報を有する住所地等に調査することに同意します。

## 注意事項

- 申請には「収入および預貯金等申告書」、「資産および扶養の有無に関する申告書」および各添付書類が必要です。
- 申請書を介護保険課給付係または高齢者支援係(区内4か所の総合福祉事務所内)で受け付けた日が申請日となります。

(介護保険課 記入欄) ※以下の欄には記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 新規	審査対象課税年度	◇ 承認 段階	◇ 不承認	介護保険課 受付印
	令和4年度	本人(1人) 非・課・未 所得 年金 控除	理由 1(税) 2(収) 3(残) 4(資) 5(扶) 6(滞) 7(生)	
<input type="checkbox"/> 更新	有効期間	制 認	旧措置	
	令和 年 月 1日から	未納 有・無、生中老 有・無 医療保険(後期、国保、他) 税扶 有・無	(ユニット型個室利用以外の利用者負担減免認定者)	
	令和5年7月31日まで	添付:収入 残高		