

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

担当	係長	課長

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
住 所		〒			
利用 者 負 担 軽 減 対 象 確 認 申 請理由		1 生活保護受給者 2 市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 3 市町村民税世帯非課税者であって、1、2に該当しないもの			
		氏 名		生年月日	生計中心者に○をつけて 下さい
世 帯 構 成	世帯主				
	世帯員				
(宛先) 高崎市長 上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認を申請します。 なお、私の世帯の総収入は、別紙収入等申告書のとおり相違ありません。 また、この確認をするために、私の世帯の収入状況等を貴職が確認することに同意します。 年 月 日 住 所 申請者 (被保険者) 氏 名 電話番号 申請代理人 (来庁者又 は記入者) 住 所 氏 名 電話番号 申請者との関係					

※別紙にはあなたの世帯の状況及び収入、資産、扶養の状況について記入してください。

市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	生活保護受給 (有 ・ 無)	減免率： 100/100	対象外
適用年月日			
年 月 日	老齢福祉年金受給 (有 ・ 無)	減免率： 50/100	
有効期限	市民税非課税状況 (課税 ・ 非課税)	減免率： 25/100	
年 月 日	負担限度額申請状況 (済 ・ 未 ・ 対象外)		