

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 被保険者等氏名	確認番号																			
	被保険者番号																			
生年月日	年 月 日生		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 ・ 再交付																	
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																
<p>小平市長 殿</p> <p>上記のとおり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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>																				

※小平市記入欄

<p>該当要件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市民税非課税 <input type="checkbox"/> [備考]</li> <li>・ 前年年間収入150万円以下（世帯員1名につき50万円加算） <input type="checkbox"/></li> <li>・ 世帯預貯金350万円以下（世帯員1名につき50万円加算） <input type="checkbox"/></li> <li>・ 家屋資産及び日常生活以外の資産なし <input type="checkbox"/></li> <li>・ 扶養者なし <input type="checkbox"/></li> <li>・ 保険料滞納 <input type="checkbox"/></li> <li>・ 所得段階第 段階 <input type="checkbox"/></li> <li>・ 生活保護受給 <input type="checkbox"/></li> </ul>
---