訪問介護利用者負担額減額申請書

様式番号

（障害ホームヘルプサービス利用者等の利用者負担額軽減措置）

**固定文言３**

**自由記載１**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | 保険者番号 | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | |  |
| 住所 | |  | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| **固定文言１**  備考 | | **固定文言２＋編集１** | | | | | | | | | | | | | | |
| ○○市（町村）長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前のとおり訪問介護の利用者負担額に係る減額を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒  住所 | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| 申請者 |  | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
|  | 氏名 | | |  | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○を  つけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

市町村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　月　日 | （訪問介護の派遣実績等を把握） |
| 適用年月日 |
| 年　月　日  から | （生計中心者の所得状況等を把握） |
| 有効期限 |  |
| 年　月　日  まで |