

様式第 1 号(第 5 条関係)

訪問介護利用者負担額減額申請書

[A]

フリガナ	ハトヤマ タロウ	保険者番号		1	1	3	4	8	0			
被保険者氏名	鳩山 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
生年月日	昭和 24 年 7 月 1 日生											
住所	〒350-0324 鳩山町大字大豆戸184-16 電話番号 049(296)1210											

[B]

利用者負担額減額申請理由	週5回訪問介護サービスを利用しているが、 夫婦の年金収入のみでは、負担が大きい。ため。 身体障害者手帳 有・ ☒ 無 (級 No.)											
--------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[C]

		氏 名	生 年 月 日	性 別	生計中心者に○を付けてください。
世帯構成	世帯主	鳩山 太郎	昭和24年7月1日	男	○
	世帯員	鳩山 花子	昭和29年5月3日	女	

[D]

鳩山町長 宛て											
上記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。											
令和 6 年 4 月 1 日											
住所 鳩山町大字大豆戸184-16											
申請者 鳩山 太郎 電話番号 049-296-1210											

町記入欄

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	
有効期限	
年月日まで	
	(生計中心者の所得状況等を把握)

当該申請に対し本人及び世帯員の税関係書類の添付がない場合は、当該事務担当者がその情報を取得・確認することを同意します。

記載不要

～記載方法～

[A] の①～④ ➡ [B] の①～② ➡ [C] の①～④ ➡ [D] の①～③の順に記載してください。

[A]

①被保険者氏名(訪問介護利用者)を記載してください。

②被保険者番号(10桁)を、0を省略せずに記載してください。

※被保険者番号は、訪問介護利用者負担額減額認定証(白色)又は介護被保険者証(青色)に記載されています。

③被保険者の生年月日を和暦・西暦のいずれかで記載してください。

④被保険者の住所・電話番号を記載してください。

※住所は鳩山町から記載してください。 例)鳩山町大字大豆戸 184-16

[B]

①減額を受ける理由を記載してください。

※記載例は、あくまで例示になりますので、利用者の実情に応じた減額理由を記載してください。

②身体障害者手帳の有無について、有か無のいずれかを○で囲んでください。

※身体障害者手帳が有の場合は、等級及び番号を記載してください。

[C]

①世帯構成者の氏名を世帯主⇒世帯員の順に記載してください。

②世帯主及び世帯員の生年月日を和暦・西暦のいずれかで記載してください。

③世帯員及び世帯員の性別を記載してください。

④生計中心者に○をつけてください。

※生計中心者とは、食費や住居費などの世帯の生活を維持するのに必要な生活費を最も多く負担している人などを指します。

[D]

①申請書を記載日としてください。

②被保険者氏名(訪問介護利用者)を記載してください。

③被保険者の住所・電話番号を記載してください。

※住所は鳩山町から記載してください。 例)鳩山町大字大豆戸 184-16