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

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													
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。 身体障害者手帳 有・ ☒ 無 (級 No.)													
		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											
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 7 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	(生計中心者の所得状況等を把握)
有効期限 年月日まで	

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

～記入方法～

[A] の①～④ → [B] の①～② → [C] の①～④ → [D] の①～④

の順に記載してください。

[A]

- ①被保険者氏名(利用者氏名)を記入してください。
- ②被保険者番号(10桁)を0を省略せずに記入してください。
※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)を確認のうえ記入してください。
- ③生年月日を和暦・西暦のいずれかで記入してください。
- ④住所・電話番号を記入してください。
※住所は鳩山町から記入してください。
ex)鳩山町大字大豆戸 184-16

[B]

- ①減額を受ける理由を記入してください。
※1 減額を受ける理由は忘れずに記入してください。
※2 記載例は、あくまで例示になりますので、利用者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・無のいずれかを○で囲ってください。
※身体障害者手帳が有の場合は、級および番号を記入してください。

[C]

- ①世帯構成者の氏名を世帯主⇒世帯員の順に記入してください。
- ②生年月日を和暦・西暦のいずれかで記入してください。
- ③性別を記入してください。
- 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、世帯の生活を維持するのに費用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申請書の作成又は提出した日を記入してください。
- ②被保険者氏名(利用者氏名)を記入してください。
- ③住所・電話番号を記入してください。
※住所は鳩山町から記入してください。
ex)鳩山町大字大豆戸 184-16