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 |  | 保険者番号 |  | 1 | 1 | 3 | 4 | 8 | 0 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　(　　　) |
| 利用者負担額減額申請理由 |  | 身体障害者手帳　有・無(　　　級　№　　　　) |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に〇を付けてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 　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。　　　　　年　　月　　日 |
| 　申請者 | 住所氏名 | 電話番号 |

　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)　　　(生計中心者の所得状況等を把握) |
| 適用年月日 |
| 　年　月　日から |
| 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。