

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26年4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3回訪問介護を利用しており、世帯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26年4月1日	男	○								
	世帯員	鳩山 花子	昭和26年7月10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8年4月10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	供 考	
年	記入不要	
適月		
年		
有		
年 月 日		

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。