

訪問介護利用者負担額減額申請書

(法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担軽減措置)

フリガナ			保険者番号								0	5	3	2	7	2
被保険者氏名			被保険者番号													
			個人番号													
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		男 ・ 女									
住 所	電話番号															
利用者負担額 減免申請理由	身体障害者手帳 有 無 (No.)															
		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい											
世帯 構 成	世帯主															
	世帯員															
<p>北秋田郡上小阿仁村長 様</p> <p>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をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏名 本人との関係 ()</p>																

保険者記入欄

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態等を把握)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限 年 月 日 まで	