

# 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		
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日			性別	男	女
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 ( No )				
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
様					
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。					
住所		〒	電話番号		
申請者					
氏名			印		

## 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)
適用年月日	(生計中心者の所得状態等を把握)
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	