様式第１号（第３条関係）

訪問介護利用者負担額減額申請書（特別対策）

（法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担軽減制度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 保険者番号 | | | | 四国中央市 | | | | | | 3 | | 8 | | 2 | | 1 | | 3 | | 5 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | 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  つけて下さい | | | | | | | | | | | | |
| 世 帯 構 成 | 世帯主 |  |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 |  |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 四国中央市長　様  　　上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る軽減を申請します。  令和　　年　　月　　日  　　　　　申請者　　住　 所　 〒    電話番号  氏　 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

四国中央市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　　　考 |
| 令和　　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 |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　から |
| 有効期限 |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　まで |