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 |