様式第1号(第5条、第7条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護利用者負担額減額申請書(新規申請・更新申請)  (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  被保険者氏名 | |  | | 保険者番号 |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |
| 被保険者番号 |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日生 | | | 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  (　　級　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 |  | |  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |
| 身延町長　　　　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。  　　　　　　年　　月　　日  申請者住所　　　　　　　　　　電話番号  申請者氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 町記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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況等を把握) | | | | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | |
| 年　　月　　日から | | |
| 有効期限 | | |
| 年　　月　　日まで | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付すること。