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。