

訪問介護等利用者負担額減額申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		2	2	2	1	2	5
	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
利用者負担額減額申請理由	境界層該当者であって、平成18年4月1日以降に次のいずれかに該当するもの。 (1) 65歳到達以前の1年間に障害者施策によるホームヘルプサービスを利用していた者であって65歳に到達したことで介護保険の対象となったもの (2) 特定疾病によって生じた身体上又は精神上的の障害が原因で、要介護又は要支援の状態となった40歳から64歳までの者 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							
(宛先) 焼津市長 上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る減額を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号								

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	