

訪問介護等利用者負担額減額申請書

フリガナ					保険者番号	4 0 2 0 3 2							
被保険者氏名					被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生												
住所	〒 久留米市												
	電話番号												
利用者負担額減額申請理由	1. 経過措置対象者（受給者番号：000） 2. 制度移行措置対象者												
障害者手帳	種類： 番号： 等級など：												
	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	年 月 日											
	世帯員	年 月 日											
		年 月 日											
		年 月 日											
<p>久留米市長 様</p> <p>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。 なお、この申請書の審査に係る事務に必要な、所得・課税状況及び生活保護の受給状況、その他審査に必要な資料の閲覧に同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 (久留米市)</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。</p>													

※太枠内を記入してください。

市記入欄

交付年月日	要介護認定		済・未
年 月 日	ホームヘルプ最終利用日		年 月 日
適用年月日	生活保護受給状況		受給中・未受給
年 月 日	身体障害者手帳交付年月日		年 月 日
有効期限	備考		
年 月 日			
受付	審査	入力	