様式第１号（第３条関係）

淡路市訪問介護利用者負担額減額申請書

（障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |
| 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　№　　　　） | | | | | | |
|  | | 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 |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 淡路市長　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　所氏　名　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | |

　市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　　　　　　　　　　　　考 |
| 年　月　日 | （生計中心者の所得状況を把握） |
| 適用年月日 |
| 年　月　日 から |
| 有効期限 |
| 年　月　日 まで |