

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	-----		保険者番号	
被保険者氏名			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			
<p>淡路市長 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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 電話番号 印</p>				

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	