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 | | ３９２０１９ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | | 明・大・昭 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 | | １　障害者ホームヘルプサービス  ２　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者施策の有無 | | 障害者手帳　１ 有（　 年 　月　 日交付　種別　 　　程度　　　NO．　　　　　）  　　　２ 無  障害者施策のホームヘルプサービス利用状況　１ 有（最終利用年月　　 　年　　月）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏名 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | | 大・昭・平　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 世帯員 |  | | 大・昭・平　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
|  | | 大・昭・平　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
|  | | 大・昭・平　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 高知市長　様  　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。  また，訪問介護利用者負担額減額認定のために必要があるときは，本人及び世帯構成員の課税状況その他必要事項について，官公署その他関係機関に照会し，確認することを承諾します。  令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　住所  申請者（被保険者）  　　　　　　　　　　　　 　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  ＜被保険者以外が代理で申請する場合＞  　　　　　　　　　　　　　　住所  代理人  　　　　　　　　　　　　 　 氏名　　　　　　　　　　 　 　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

高知市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 要介護等認定状況 | | 事業･支援･介護（　）期間（　　　　　　　　 ） | 入　力 |
| 年 　月 　日 | 市町村民税世帯状況 | | □非課税世帯　□課税世帯（　　　　　　　 　） |  |
| 障害施策 | ヘルプ利用 | □有（　　　　　　　　　　　　）　□無 |
| 適用年月日 | 境界層定率  負担額0円 | □該当　□非該当（　　　　　　　　　　 　） | 確　認 |
| 年　 月 　日 | 軽減対象理由 | | □障害者ヘルプ　□特定疾病2号被保 |  |
| 軽減適用 | | □該当　□非該当（　　　　　　　　　　 　） |
| 有効期限 | 備　考 | | | 送　付 |
| 年 　月　 日 |  |