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 |  |