

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			0	8	2	0	2	4
被保険者氏名											
生年月日	明・大・昭	年	月	日							
受給者番号			個人番号								
住所	〒 - 電話番号 ()										
利用者負担額減額申請理由	1 世帯主及び世帯員全員の市町村民税が非課税のため。 2 その他 ()										
身体障害者手帳等の有無	1 無 2 有：初回交付年月 年 月 (級 No) ホームヘルパー利用状況 (最終利用年月 年 月)										
		氏名		続柄	生年月日		生計中心者に○をつけてください。				
世帯構成	世帯員			本人	年 月 日						
					年 月 日						
					年 月 日						
					年 月 日						
年 月 日											
<p>日立市長殿</p> <p>上記のとおり訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護又は第1号訪問事業の利用者負担額に係る減額を申請します。</p> <p>また、所得基準判断のため、私（又は世帯員）の課税状況等について調査することに同意します。</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>											

市記入欄

市町村民税世帯課税状況	非課税 ・ 課税 ()	適用年月日	年 月 日から
要介護認定等有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	公簿確認	()
適用	該当 (<input type="checkbox"/> 市独自 ・ <input type="checkbox"/> 58公費) ・ 非該当	備考	

訪問介護等利用者負担額減額申請書

フリガナ	ヒタチ タロウ		保険者番号				0 8 2 0 2 4			
被保険者氏名	日立 太郎		被保険者番号				0 0 0 0 1 2 3 4 5 6			
生年月日	昭和1年5月5日		個人番号				1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0			
受給者番号										
住所	〒317-0065 日立市助川町1丁目1番1号		電話番号				0294 (22) 3111			
利用者負担額減額申請理由	① 世帯主及び世帯員全員の市町村民税が非課税のため。 2 その他 ()									
身体障害者手帳等の有無	① 無 2 有：初回交付年月 年 月 (級 No) ホームヘルパー利用状況 (最終利用年月 年 月)									
		氏名	続柄	生年月日	生計中心者に○をつけてください。					
世帯構成	世帯員	日立 太郎	本人	昭和1年1月1日						
		日立 一郎	子	昭和25年1月2日	○					
		本人及び同一の世帯のかたの情報 を記入してください。								
日立市長殿						令和 年 月 日				
<p>提出日を記入してください。(記載日ではありません。)</p> <p>上記のとおり訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護又は第1号訪問事業の利用者負担額に係る減額を申請します。 また、所得基準判断のため、私(又は世帯員)の課税状況等につ</p> <p>住所 申請者 氏名</p> <p>被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。</p> <p>電話番号 ()</p>										