

## 介護保険訪問介護利用者負担額減額認定申請書

代理申請者 本人申請の場合記載不要 住所 電話番号 ( ) 氏名 (本人との関係: )	委任状 私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) 被保険者 本人氏名 (印) (本人自署の場合は押印不要)
--	---

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	1	3
被保険者氏名	(印)	被保険者番号							
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	ア 65歳到達前おおむね1年の間に障がい者施策によるホームヘルプサービスを利用していた。 イ 介護保険法施行時(施行前1年の間)に障がい者施策によるホームヘルプサービスを利用していた。 ウ 特定疾病により要介護・要支援と認定された第2号被保険者(ホームヘルプサービス利用実績不要) 1 ア・イあるいはウの該当者で生計中心者が所得税非課税であり(生活保護受給世帯を含む)かつ、平成17年度末現在、減額認定されていた。 2 アあるいはウの該当者で障害者自立支援法によるホームヘルプサービスの利用において境界層として定率負担額0円となっていた。 身体障害者手帳 有・無 ( 級 No. )								
	氏名	生年月日	性別	被保険者と住所が異なる場合の住所					
同一生計の世帯	生計中心者	年 月 日生							
	生計を一緒にする世帯員	年 月 日生							
		年 月 日生							
(あて先) 甲 府 市 長				令和 年 月 日					
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。									

注意 ・ 生計中心者が他市町村に住所を有している場合は、生計中心者の所得税非課税を証明する書類 (源泉徴収票あるいは、確定申告書の写し等)をこの申請書に添付してください。

訪問介護利用者負担額	減 額 決 定	令和 年 月 日
受付	訪問介護の派遣実績等	生計中心者の所得状況
	年 月 日から 年 月 日まで	所得税 課税 非課税
		交付年月日
		適用年月日
		有効期間
		年 月 日から 年 月 日まで

法別番号		介護保険課		
障害者	障害者境界層	担当	係長	課長
57	58			