

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		
		年 月 日生		
(あて先) 甲 府 市 長				平成 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	平成	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	交付年月日	年	月	日
	年 月 日から	所得税 課 税 非課税	適用年月日	年	月	日から
	年 月 日まで		有効期間	年	月	日まで

法別番号		福祉部介護保険課		
障害者	障害者境界層	担 当	係長	課長
57	58			