訪問介護利用者負担額減額申請書
（法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担軽減措置）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号			
		被保険者番号			
生年月日	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	身体障害者手帳　有・無 （　級　番号　　）				
		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

香美町長　　様

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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　㊞　電話番号

町記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	（訪問介護の派遣実績等を把握）
適用年月日	
年　月　日から	（生計中心者の所得状況等を把握）
有効期限	
年　月　日まで	