

訪問介護利用者負担額減額申請書

被 保 険 者	フリガナ			被保険者		
	氏 名			番 号		
	生年月日	年 月 日		性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒		電話番号		
利用者負担額減額申請理由						
利用事業所						
世 帯 構 成	世帯主	氏名 男女	生年月日	生計中心者 氏 名		
	世帯員	男女	生年月日	男女	生年月日	
		男女	生年月日	男女	生年月日	
ホームヘルパーの利用		年 月頃から				
身体障害者手帳		有 ・ 無 (級 第 号)		交付年月日 年 月 日		
玉 野 市 長 あて 上記のとおり関係書類を添えて申請します。 なお、市が私および私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況を調査することに同意します。また、私が生活保護受給者として申請し承認された場合、担当の社会福祉事務所に決定内容について情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 申請者（被保険者） 住 所 氏 名 代筆者氏名 本人との続柄 () ※本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、本人の同意を得て代筆してください。						
申請書提出者		続柄	配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 事業所 ・		連絡先(日中連絡の取れる電話番号)	
		その他 ()				
提 出 書 類	・ 介護保険の被保険者証（オレンジ色） ・ 境界層該当証明					
該 当 要 件	障害者総合支援法によるホームヘルプサービス利用時、境界層該当で定率負担額が0円で次のいずれかに該当する方 ①介護保険で定める特定疾病に該当することにより要介護・要支援状態となった40～64歳までの方 ②65歳になる前の1年間に障害者施策によるホームヘルプサービスを利用していた方					

玉野市・記入欄

決定日	年 月 日	適用期間	年 月 日 ～ 年 月 日
訪問介護の派遣実績			生計中心者の所得状況