訪問介護利用者負担減額申請書

※太線の中を記入してください。

被保険者氏名	保険者番号
フリガナ	1 3 1 0 8 6
	被保険者番号

生年月日		性別	
住所	〒		
利用者負担額減額申請理由	1．施行時のホームヘルプサービス利用者に対する経過措置 2．障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置 身体障害者手帳　（　　級　№　　）		

江東区長　殿

上記のとおり訪問介護の利用者負担に係わる減額を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　（被保険者との続柄　　）

電話番号　　（　　）

※ここから下は記入しないでください。

交付年月日	備考
年　月　日	生計中心者名（　　）
適用年月日	
年　月　日から	所得税　　課税　　非課税
有効期限	
年　月　日まで	

受付	入力	係長

受付