

記入例

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 フリガナ カイゴ タロウ		保険者番号 1 3 1 0 8 6	
介護 太郎	ご本人の氏名・生年月日・住所を記入してください。		被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
			個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	生年月日 昭和17年12月17日	性別 男	
住所 〒 135-8383 東京都江東区東陽4-11-28	個人番号は、わからなければ空欄で構いません。		
利用者負担額減額申請理由 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 (1 級 No. 00123456)			
<p>江東区長 殿</p> <p>上記のとおり訪問介護の利用者負担に係る減額を申請します。</p> <p>5年 10月 1日</p> <p>住所 東京都江東区東陽4-11-28</p> <p>申請者 氏名 介護 花子 (被保険者との続柄 妻)</p> <p>電話番号 03(3647)9498</p> <p>申請者の住所・氏名・続柄・電話番号を記入してください。</p>			

※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	住民税課税状況 課税 ・ 非課税
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	該当 ・ 非該当

受付	入力	生計困難担当	係長

番号確認	本人確認	代理権確認
番号カード 通知カード 住民票 他	番号カード 医保 免許証 他	被保証 割合証 委任状 登記

受付