

# 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
		被 保 険 者 番 号			
		1	3	1	0
		8	6		
		個 人 番 号			
生年月日				性別	
住 所	〒				
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 ( 級 No. )				
江東区長 殿 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。 年 月 日 住所 _____ 申請者 _____ 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	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