

記入例

訪問介護等利用者負担額減額申請書

フリガナ	ヒタチ タロウ	保険者番号					0	8	2	0	2	4
被保険者氏名	日立 太郎	<div>・印字内容に変更がある場合や書き損じた場合には二重線で消し、正しく記入してください。</div> <div>・個人番号や受給者番号が不明な場合は記入不要です</div>										
生年月日	昭和2年1月1日											
受給者番号												
住所	〒317-0065 日立市助川町1丁目1番1号 電話番号 0294(22)3111											
利用者負担額減額申請理由	① 世帯主及び世帯員全員の市町村民税が非課税のため。 2 その他 ()											
身体障害者手帳等の有無	① 無 2 有：初回交付年月 年 月 (級 No) ホームヘルパー利用状況 (最終利用年月 年 月)											
		氏名	続柄	生年月日	生計中心者に○をつけてください。							
世帯構成	世帯員	日立 太郎	本人	昭和2年1月1日								
		日立 一郎	子	昭和25年1月2日	○							
		<div>同一の世帯のかたの情報を記入してください。</div>										
令和 年 月 日 日立市長 殿 日付は提出日を記入してください。 上記のとおり訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護又は第1号訪問事業の利用者負担額に係る減額を申請します。 また、所得基準判断のため、私（又は世帯員）の課税状況等 住所 日立市助川町1丁目1番1号 申請者 氏名 日立 太郎 電話番号 0294(22)3111 上記に記載の被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。												