

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 住 所

氏 名

訪問介護等利用者負担額認定証再交付申請書
（障害者ホームヘルプサービス利用者に対する利用者負担額軽減措置）

訪問介護等利用者負担額減額認定証（障害者ホームヘルプサービス利用者に対する利用者負担額軽減措置）の再交付を受けたいので、高松市訪問介護等利用者の負担額の減額措置に関する要綱第6条第1項の規定により申請します。

減額利用者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	被 保 険 者 番 号	
	身 体 障 害 者 手 帳 番 号	
理 由		