

様式第1号（第3条関係）

訪問介護等利用者負担額減額申請書
 （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）

被 保 険 者	フリガナ											保 險 者 番 号											
	氏 名																						被 保 険 者 番 号
	生 年 月 日	年 月 日生																					
	住 所	〒										電話番号											
利用者負担額 減額申請理由		身体障害者手帳 有・無 (級 No.)																					
		氏 名					生年月日					生計中心者に○を つけてください											
世 帯 構 成	世 帯 主																						
	世 帯 員																						
(宛先) 高松市長 上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る減額を申請します。 なお、生計中心者の所得状況について調査することに同意します。 年 月 日 申請者 住 所 電話番号 氏 名 ⑩																							

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(訪問介護等の派遣実績等を把握)
適用年月日	(生計中心者の所得状況等を把握)
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	