

様式第5号（第8条、第9条関係）

訪問介護等利用者負担額減額異動届書
 （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）

※異動該当項目欄に、レ印を付し、異動後の内容を記入してください。

異動該当項目	フリガナ					保 險 者 号											
		氏 名					被 保 險 者 号										
	被 保 險 者	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.)														
世帯構成			氏 名	生年月日				生計中心者に○をつけてください									
	世帯員	世帯主															
		世帯員															
異動年月日			年 月 日														
(宛先) 高松市長 上記のとおり異動を生じた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8条又は第9条の規定により届けます。 年 月 日 届出者 住 所 電話番号 氏 名 ⑩																	

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	