

堺市介護保険訪問介護等利用者負担額減額申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者 住所
氏名 (※)
電話番号

(※)届出者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

訪問介護等の利用者負担額に係る減額について、堺市介護保険制度における訪問介護等利用者負担額の減額に関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の決定に際し、私及び私の家族の所得状況について市民税課税台帳により確認されることを承諾します。また、訪問介護等の利用者負担額に係る減額の決定内容を、介護サービス計画の作成を依頼している指定居宅介護支援事業者に提供することも併せて承諾します。

| | | | | |
|------------------|--------------------------|------|--------|----------------------|
| フリガナ 被保険者氏名 | ----- | | 保険者番号 | |
| | | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | | | | 性別 |
| 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 | 性別 | 生計中心者に○ を付けてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 | | | |
| | 世帯員 | | | |
| | | | | |