

**訪問介護利用者負担額減額申請書**  
(法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号		0 2 2 0 3 8
			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別 男・女
住所	〒		電話番号		
利用者負担額減額申請理由	1. 現行サービス利用を継続希望 2. 生計中心者が所得税非課税である世帯に属する者 身体障害者手帳 有・無 3. その他(理由: ) ( 級 No. )				
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を必ずつけて下さい	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
(あて先) 八戸市長 上記のとおり訪問介護の利用者負担額に係る減額を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号					

<b>同意欄</b>	
訪問介護利用者負担額減額認定に伴う基準判断のため、私の収入等の状況及び生活保護適用の有無について、 年中の所得・課税資料を閲覧すること及び生活保護適用の有無についての確認をすることに同意します。	
氏名	

交付年月日	八戸市記入欄				
年 月 日	(訪問介護の派遣実績等を把握)				
適用年月日					
年 月 日					
から	(生計中心者の所得状況等を把握)				
有効期限					
年 月 日					
まで					
受付	点検	申請入力	認定入力	認定証発行	摘要