様式第１（第３条、第５条関係）

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	
		被保険者番号	
生年月日	年　月　日生	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　№　）		

		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

知立市長　様

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。

年　月　日

申請者　住　所
氏　名
電話番号

同　意

私は、知立市長が受給資格の確認のために、関係者の収入及び課税等に関する公簿の閲覧及び調査することについて同意します。

氏名　　㊞