

様式第1号（第4条関係）

訪問介護利用者負担額減額認定申請書  
 （訪問介護の新規利用者等の利用者負担軽減措置）

町

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	0	1	6	4	3	6		
		被保険者番号	0	0	0	0	0			
生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日								
被保険者住所		〒  電話番号								
		氏名	生年月日			生計中心者に○をつけてください				
世帯 構 成 員	世帯主		年 月 日							
	世帯員		年 月 日							
			年 月 日							
			年 月 日							
幕別町長 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。 また、この申請に関して幕別町が必要とするときは、幕別町が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号 ※本人が手書きできない場合は、記名押印してください。										

幕別町記入欄

申請種類	新規申請・更新申請		
判定基準日	年 月 日	所得税の判定対象年度	年度
生活保護受給有無	有 ・ 無		
生計中心者所得税	非課税・課税（ ）		
有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
認定証交付年月日	年 月 日		
備考			