訪問

介護保険訪問介護等利用者負担額減額認定申請書

（法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置）

（この申請書を記入された方）住　　所

氏　　名

電話番号　（　　）　　－

被保険者との関係

平成　　年　　月　　日

（あて先）　旭川市長

次のとおり訪問介護等利用者負担額減額の認定を申請します。　　（太枠内を記入してください）

被保険者番号	０	０	０											
個人番号														
フリガナ														
被保険者（申請者）氏名														
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日													
住所	〒　　－ 旭川市 電話番号　（　　）　　－													
要介護状態区分等（○で囲む）	要支援（　１　２　）・要介護（　１　２　３　４　５　）													
身体障害者手帳	第　　号　　種　　級													
利用者負担額減免申請理由（該当する番号を○で囲む）	**制度移行措置対象者（ 負担者番号：５８０１２０４８ ）** **障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における境界層該当として定率負担額が０円であり** １　６５歳到達以前に障害者施策によるホームヘルプサービスを利用していたため ２　特定疾病によって生じた身体上又は精神上の障害が原因で，要介護又は要支援の状態となったため													

世帯構成		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○印
	世帯主		明･大･昭　年　月　日		
	世帯員（就学している者を除く）		明･大･昭　年　月　日		
			明･大･昭　年　月　日		
			明･大･昭　年　月　日		
			明･大･昭　年　月　日		

※　境界層該当証明書を必ず添付して申請してください。

旭川市記入欄

交付年月日	備考
平成　年　月　日	**制度移行措置対象者** Ａ　該当 Ｂ　非該当（理由：　　）
適用年月日 平成　年　月　日から	
有効期限 平成　年　月　日まで	