

市町村受付印

広域受付印

訪問介護等利用者負担額減額対象確認申請書
(障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置)

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名			保険者番号			
			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 減免申請理由				身体障害者手帳	有 ・ 無	
					級	
				No.		
氏名		生年月日		性別	主たる生計維持者に○をつけてください	
世帯構成	世帯主	明・大 昭・平		年 月 日	男・女	
	世帯員	明・大 昭・平		年 月 日	男・女	
		明・大 昭・平		年 月 日	男・女	
		明・大 昭・平		年 月 日	男・女	
沖縄県介護保険広域連合長 様 上記のとおり訪問介護等利用者負担額の軽減対象の申請をします。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 (本人又は家族) 氏名 印 被保険者との続柄						

交付年月日	備 考 (市町村記入欄)
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	

市町村・広域記入欄

担当者印	市 町 村			広 域 連 合	備 考
	認定証回収	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認	
	・	・	・	・	