

富山市介護保険訪問介護利用者負担額減額申請書
(障害者ホームヘルプサービス利用者の利用者負担軽減措置)

(宛先) 富山市長
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____	

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被 保 険 者	被保険者証の番号		個人 番号			
	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____				
居宅介護支援事業者名						
身体障害者手帳の有無						
有 (級 No. _____) ・ 無						
世帯構成					氏 名	生 年 月 日
						年 月 日
						年 月 日
						年 月 日
						年 月 日
						年 月 日

<p>障害者ホームヘルプサービス利用者の利用者負担軽減措置に係る決定に必要な事項について調査をされることに同意します。</p> <p>被保険者氏名 _____</p>
