

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)

記載例

(宛先) 富山市長  
 次のとおり申請します。

	申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	富山 花子	被保険者との関係 妻
申請者住所	〒 930-8510 富山市新桜町7番38号 電話番号 076-443-2193	

※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	1   0   0   0   1   2   3   4   5   6   個人番号																
	フリガナ	トミヤマ イチロウ										生 年 月 日						
	氏 名	富山 一郎										〇〇年〇〇月〇〇日						
	住 所	〒 930-8510 富山市新桜町7番38号 電話番号 076-443-2193																
居宅介護支援事業者名		〇〇〇居宅介護支援事業所																
身体障害者手帳の有無		有 ( 1級 No. 1 2 3 4 5 ) ・ 無																
世帯構成		氏 名										生 年 月 日						
		富山 一郎										〇〇年 〇〇月 〇〇日						
		富山 花子										〇〇年 〇〇月 〇〇日						
												年 月 日						
												年 月 日						
												年 月 日						

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。

被保険者氏名 富山 一郎