様式第１号（第６条関係）

訪問介護等利用者負担額減額申請書

フリガナ		保険者番号					1	1	2	1	4	4
被保険者氏名		被保険者番号										
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別										
住所	電話番号　　（　　）											
申請事由	１．市町村民税世帯非課税者等 ２．その他（　　）	身体障害者手帳　有・無 （　　級　Ｎｏ．　　）										

同意欄

① 訪問介護等利用者負担額減額申請の決定に当たり、対象者の世帯構成並びに税情報について、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。

② 申請者の契約する居宅介護支援事業者等がケアプランを作成するため、利用者負担の減額に係る給付率等について、市が当該事業者あて情報提供することについても併せて同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

	フリガナ 氏名	対象者との 続柄	生年月日	住所
世帯構成		本人	年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	

※記載にあたって

1　申請書等に同意が必要な方の住所を記入している場合は、同意書への住所の記入を省略してもかまいません。

2　同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えありません。

春日部市長　あて

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

申請者（被保険者）　住所

氏名　　電話番号　　（　　）

窓口に来た人（本人の場合記入不要）	住所	電話番号　　（　　）		
	氏名		被保険者との関係	1 家族　2 提出代行者 3 その他（　　）

市記入欄	交付年月日	備考			
	年　　月　　日	（訪問介護の派遣実績を把握） 施行前前実績・施行後実績・障害者 （市県民税課税状況等の把握） 課税　・　非課税　・　その他 （生計中心者の所得状況を把握） 課税　・　非課税　・　その他 （申請者の収入状況を把握） 年金収入　　円　その他所得　　円	給付率	％	％
	適用年月日				
	年　　月　　日		公費負担者番号		
	有効期限				
	年　　月　　日		受付		