

# 記載例

別記様式第1号

## 訪問介護利用者負担額減額申請書 (離島等地域における訪問介護利用者の利用負担額軽減措置)

フリガナ	テシオ タロウ	保険者番号		0	1	4	8	7	8					
氏名	天塩 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
		個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		生年月日	明・大・ <b>昭</b> ○年 ○月 ○日生	性別	<b>男</b> ・ 女									
住所	〒 098-3303 天塩町新栄通8丁目1466番地の113 電話番号 01632-2-1001													
利用者負担額減額申請理由	天塩町長様 上記のとおり離島等地域における訪問介護の利用者負担の減額を申請します。 令和○年 ○月 ○日 〒 098 - 3303 住所 天塩町 天塩町新栄通8丁目1466番地の113 申請者 氏名 天塩太郎 電話番号 01632-2-1001													

被保険者の住所・氏名を記入し押印して下さい。

市(町村)記入欄

交付年月日	備考
令和 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	・ 本人課税の別 非課税 ・ 課税
令和 年 月 日 から	・ 年金収入額 円 ・ 合計所得金額 円
有効期限	
令和 年 月 日 まで	・ 審査結果 該当 ・ 非該当

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

裏面あります

# 記載例

## 同意書

介護保険に関する保険給付等の支給決定並びに証書等の交付のために必要があるときは、私及び私の世帯に属する者の個人番号または、平成 〇〇 年度住民税の課税状況等につき、天塩町長が住民基本台帳または税務関係所管課（係）に帳簿等の閲覧を求めることに同意します。

### 記

#### 申請内容

- 介護保険資格取得・異動・喪失届
- 要介護（要支援）認定申請
- 介護保険特定負担限度額認定申請
- 介護保険利用者負担額減額・免除等申請
- 介護保険負担限度額認定申請
- 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請
- 訪問介護利用者負担額減額申請
- 利用者負担軽減対象確認申請
- 居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届
- 高額介護合算支給申請
- 住宅改修費等事前承認申請及び支給申請
- 福祉用具購入費等支給申請
- 介護保険料に関する申告書
- 介護保険被保険者証等再交付申請

被保険者の住所・氏名を記入し、押印して下さい。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者（世帯主）

住 所 天塩町 新栄通 8 丁目 1466 番地の 113  
氏 名 天 塩 太 郎 ㊟