

様式第1号（第5条・第7条関係）

介護保険 境界層該当者訪問介護等利用者負担額減額認定申請書

フリガナ			被保険者番号																	
保険者氏名																				
生年月日	年 月 日																			
住所	〒		電話番号																	
該当する項目に○を付けてください。																				
障害福祉サービス受給者番号																				
障害者総合支援法第5条第2項の居宅介護（身体介護又は家事援助）の利用状況			年 月頃から利用																	
		氏名	生年月日		生計中心者に○を付けてください。															
世帯構成	世帯主		年 月 日																	
	世帯員		年 月 日																	
			年 月 日																	
			年 月 日																	
			年 月 日																	
			年 月 日																	
			年 月 日																	
居宅介護支援事業者等名																				
対象サービス利用（予定）事業者												利用開始（予定）年月日								
訪問介護等事業者名			年 月 日																	
<p>ひたちなか市長 殿</p> <p>下記について同意の上、境界層該当者訪問介護等利用者負担額減額の認定を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 市が、私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況その他のこの申請に係る決定に必要な事項を調査すること。 認定結果について、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターに情報を提供すること。 <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p>																				