

第1号様式（第5条関係）

訪問介護利用者負担額減額申請書

年 月 日

綾 瀬 市 長

住 所  
申請者 氏 名  
電 話

次のとおり訪問介護利用者負担額の減額を申請します。

減額の決定事務に当たり、申請者、配偶者及び同居者の状況を住民基本台帳により、市民税の課税状況を課税台帳により、毎年7月の定時認定に当たり市民税の課税状況を課税台帳により確認することについて同意する。

対象者	ふりがな		被保険者番号	
	氏 名		生年月日	
	住 所		電 話	
	障害者手帳	有（ 級 ）		無

上記の申請について、次のとおり決定してよいでしょうか。

承認する  
承認しない（理由 ）

	起 案	・ ・	公 印
	決 裁	・ ・	・ ・
	処 理	・ ・	