

訪問介護利用者負担額減額申請書（特別対策）（例）

訪問介護利用者負担額減額申請書
 （法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担軽減措置）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号						
			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒		電話番号						
利用者負担額 減額申請理由	身体障害者手帳 有・無 (級 No.)								
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい					
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
○○市（町村）長 様 上記のとおり訪問介護の利用者負担額に係る減額を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名									

市（町村）記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(訪問介護の派遣実績等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	(生計中心者の所得状況等を把握)
有効期限	
年 月 日 まで	

訪問介護利用者負担額減額（特別対策）決定通知書（例）

訪問介護利用者負担額減額 決定通知書
 （法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担軽減措置）

文 書 番 号
 平 成 年 月 日

〒999-9999
 ○○市△△（町村）
 ○○ ○○ 様

○市（町村）長



先に申請のありました、訪問介護利用者負担額減額については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	被保険者番号								
--------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--

決定年月日	平成 年 月 日
-------	----------

決定事項												
1 承認 する	適用年月日 平成 年 月 日 （承認内容） 有効期限 平成 年 月 日 公費負担者番号 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 公費受給者番号 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
2 承認 しない	理由											

・問い合わせ先
 ○○市（町村）介護保険課 住所 電話番号

訪問介護利用者負担額減額認定証（特別対策）（例）

（表面）

訪問介護利用者負担額減額認定証 (法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置)											
交付年月日 平成 年 月 日											
被 保 険 者	番 号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 男・女									
	適用年月日	平成 年 月 日から									
	有効期限	平成 年 月 日まで									
減 額 認 定 内 容	負担者番号										
	受給者番号										
	給付率	特別対策 /100 保険 /100									
保険者番号 並びに保険 者名称及び 印	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

（裏面）

注 意 事 項

- 一 訪問介護のサービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者に提出してください。
- 二 訪問介護のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。
(訪問介護のサービスの利用者負担額は0%になります。)
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額の認定の要件に該当しなくなったとき、減額の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

○ 証の大きさ

縦 128ミリ
横 91ミリ