

つくば市障害者訪問介護利用者負担額減額認定証交付申請書  
(新規申請・更新申請)

フリガナ			保険者								
被保険者 氏名			番号			0	8	2	2	0	6
			被保険者 番号								
生年月日	年	月	日生	性別	男・女						
住所	〒										
利用者負担額 減額申請理由	身体障害者手帳 有・無										
世帯 構 成	氏名	生年月日		性別	生計中心者に○を付けてください。						
	世帯主	年 月 日									
	世帯員	年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
<p>つくば市長様</p> <p>上記のとおりつくば市障害者訪問介護利用者負担額減額認定証の交付(更新)を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 ④ 電話番号</p>											

市記入欄

交付年月日	年 月 日	備考
適用年月日	年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握) 所得税非課税 ・ 生活保護受給者世帯 ・ その他
有効期限	年 月 日 から	支援費負担上限0円(生活保護受給者者を除く)
	年 月 日 まで	認定 ・ 不認定
		(対象区分) 経過措置対象者(第3条第1号・同条第2号) ・ 制度移行措置対象者(第3条第3号・同条第4号)

つくば市障害者訪問介護利用者負担額減額認定証交付申請書  
(新規申請・更新申請)

フリガナ	ツクバ タロウ		保険者							
被保険者 氏名	筑波 太郎	番号	0 8 2 2 0 6							
		被保険者 番号	0	0	0	0	1	2	3	4
生年月日	明・大・昭 11年11月12日生	性別	男・女							
住所	〒305-0018 つくば市金田1979番地									
利用者負担額 減額申請理由	“例” 年金収入のみのため		身体障害者手帳 <input checked="" type="radio"/> 有・無							
世帯 構成	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を 付けてください。						
	世帯主	筑波 太郎	大正11年11月12日	男	○					
	世帯員	筑波 花子	大正13年1月12日	女						
			年 月 日							
			年 月 日							
		年 月 日								
<p>つくば市長様</p> <p>上記のとおりつくば市障害者訪問介護利用者負担額減額認定証の交付(更新)を 申請します。</p> <p>平成20年6月20日</p> <p>申請者 住所 つくば市金田1979番地</p> <p>氏名 筑波 太郎  電話番号 029-836-1111</p>										

市記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握) 所得税非課税・生活保護受給者世帯・その他
適用年月日	支援費負担上限0円(生活保護受給者者を除く)
年 月 日 から	認定・不認定
有効期限	(対象区分)
年 月 日 まで	経過措置対象者(第3条第1号・同条第2号) ・制度移行措置対象者(第3条第3号・同条第4号)