様式第1号

福山市訪問介護利用者負担額減額認定申請書

新規・更新

被保険者名前	被保険者番号
フリガナ	
	生年月日
	年　月　日

被保険者住所
福山市　町　丁目　番　号 番地　電話番号（　）　－

申請理由
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律によるホームヘルプサービスの利用において境界層該当として定率負担額が 0 円 となっており， ☐ 65歳到達以前のおおむね1年間に障がい者施策によるホームヘルプサービス（居宅介護のうち身体介護及び家事援助をいう。）を利用しており，65歳に到達したことで介護保険の対象者となった。 ☐ 40歳から64歳までであり，特定疾病が原因で要介護又は要支援の状態となった。

申請時の状況
① 身体障がい者手帳 ・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳の所持について ☐ 有 （　級／Ⓐ・A ・Ⓑ ・B，№.　）・ ☐ 無
② 障がい者施策によるホームヘルプサービスの利用について ☐ 有　利用期間（　年　月　日から　年　月　日まで）・ ☐ 無

福山市長 様

訪問介護等の利用者負担額減額認定を申請します。
なお，この申請に関して，身体障がい者手帳，療育手帳及び精神障がい者保健福祉手帳の所持状況並びに障がい者施策によるホームヘルプサービスの利用内容について調査することに同意します。

年　月　日

申請者（被保険者）
住所　福山市　町　丁目　番　号
番地
名前
電話番号（　）　－

【注意】介護保険の保険料の滞納を理由とした保険給付の制限等を受けている方は，対象となりません。

※ 福山市記入欄（この欄は記入しないでください）

受付時確認欄		審査・入力等確認欄				
受付	被保険者資格	手帳	利用実績	オンライン	照合	備考
介護保険課 支所 受付者名	有（1号・2号）・無	有 ・ 無 （身障・療育・精神）	有 ・ 無 （身体・家事）			
	要介護度					
	支（　）・介（　）・申請中	境界層				
	保険料滞納	該当 ・ 非該当				
	有 ・ 無	（定率負担額　円）				

提出者確認欄		決定事項	
区分	名前・事業者等名称		
☐ 本人・家族 ☐ ｹｱﾏﾈ・事業者 ☐ その他 （　）	（名前） （居宅支援事業者等名称）	該当	非該当