

訪問入浴介護利用者負担額減額申請書				
フリガナ		保険者番号		
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	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○
世帯構成	世帯主			
	世帯員			
<p>和泊町長 様</p> <p>上記のとおり訪問入浴介護の利用者負担額に係る減額を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住 所 電話番号 () 氏 名</p>				
和泊町記入欄				
交 付 年 月 日	備 考			
年 月 日	(訪問入浴介護の派遣実績等を把握)			
適 用 年 月 日				
年 月 日から				
有 効 期 限				
年 月 日まで				
	(生計中心者の所得状況等を把握)			