第1号様式（第4条関係）

京都市訪問介護等利用者負担額減額認定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| （宛先）　京　都　市　長 | 年　　　　月　　　　日　　 |
| 申請者の住所 | 申請者の氏名 |

|  |
| --- |
| 　　京都市訪問介護等利用者負担額減額措置事業実施要綱第４条の規定により　　　　訪問介護等の利用者負担額の減額を申請します。 |
| 被保険者 | 住　　所 | 電話番号　　　　－　　　－ |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |
| 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障害福祉サービスの利用の有無　□有　□無身体障害者手帳・療育手帳の有無　□有　□無 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 氏　　　　　　名 | 生計中心者 |
|  | □ |
| 世帯員 |  | □ |
|  | □ |
|  | □ |
|  | □ |

注　該当する□には、✓印を記入してください。

下欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起　　案 | 令和　　年　　月　　日 | 決　　定 | 令和　　年　　月　　日 | 課長 |  | 係長 |  | 係員 |  |
| 下記のとおり決定します。 |
| 承認する　　　　・　　　　承認しない |
| 適用期間 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日から　　令和　　　　年　　　　月　　　　日まで |