

訪問介護利用者負担額減額申請書

（離島地域における特別地域加算に係る利用者負担減額）

フリガナ		保険者番号	壱岐市	4	2	2	1	0	5
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話（ ） 壱岐市 町 浦・触 番地								
利用者負担額 減免申請理由	<input type="checkbox"/> 住民税本人非課税者 <input type="checkbox"/> その他（ ）								

壱岐市長 様

上記のとおり離島地域における特別地域加算に係る利用者負担額の減額を申請します。

年 月 日

申請者 住所 壱岐市 町 浦・触 番地
氏名

電話（ ）

※保険者記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	訪問介護利用者負担減額認定	有 ・ 無
適用年月日		
年 月 日	社会福祉法人等利用者負担減免	有 ・ 無
有効期限		
年 月 日	本人の課税状況等を把握	課税 ・ 非課税