

訪問介護（ホームヘルプサービス）利用者負担免除申請書

介護保険 保険者番号					介護保険 被保険者番号										
フリガナ						生年月日	昭和 年 月 日								
被保険者氏名															
住所	〒 -														
	電話番号 - -														
申請理由	<p>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円になっている者で、平成18年4月1日以降に次のいずれかに該当するものに限る。</p> <p>(ア) 65歳到達以前のおおむね1年間に障害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）を利用していた者であって、65歳に到達したことで介護保険の対象になった者。</p> <p>(イ) 特定疾病によって生じた身体上又は精神上的の障害が原因で、要介護又は要支援の状態となった40歳から64歳までの者。</p>														

神戸市長 あて

上記のとおり訪問介護（ホームヘルプサービス）の利用者負担額の免除を申請します。
 なお、申請にかかる決定のために必要な場合、訪問介護（ホームヘルプサービス）利用情報、要介護または要支援認定情報について関係機関へ確認されることに同意します。

令和 年 月 日

本人氏名（自著）

⇒本人氏名を代筆した場合
 （代筆者氏名・本人との関係・住所・代筆理由・連絡先）

（神戸市記入欄）

審 査		(受付年月日)	
境界層0円	ア.64利用	イ.2号認定	令和 年 月 日
			(適用年月日)
			令和 年 月 日
			(有効年月日)
			令和 年 月 日
該当：1 非該当：2 無申請：空白	承認 / 不承認 1 / 0		決 裁
	法別番号	修正後	課長
	58		係長
			担当
			令和 年 月 日