

様式第2号（第6条関係）

特別地域加算に係る訪問介護利用者負担減額確認申請書（新規申請・更新申請）

フリガナ 被 保 険 者 氏 名		確 認 番 号	
		被 保 険 者 番 号	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
住 所	朝日村大字 電話番号		
利 用 者 負 担 額 減 額 申 請 理 由			
朝日村長 様 上記のとおり特別地域加算に係る訪問介護の利用者負担額の減額対象の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 ㊟			

村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	所得状況等
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること