

第1号様式（第4条関係）

介護保険 訪問介護等利用者負担額減額認定申請書

（宛先）春日井市長

次のとおり訪問介護等の利用者負担額減額の認定について申請します。なお、この申請の審査のために必要な障害者総合支援法第5条第2項に規定する居宅介護の利用状況を調査することに同意します。

申請者氏名		申請年月日	
-------	--	-------	--

被 保 険 者	番 号			
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名			
	住 所			
		電話番号 — —		
身体障害者 手帳の有無	有・無	身体障害者手帳の交付日		

第2号様式（第5条関係）

第 年 月 日  
号 日

様

春日井市長

印

### 訪問介護等利用者負担額減額決定通知書

年 月 日にあなたが行った訪問介護等利用者負担額減額認定申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
生 年 月 日	
適用年月日	
有 効 期 限	
減 額 割 合	

※ 適用年月日以後に、減額前の利用者負担額を支払った方は差額を支給しますので、お問い合わせください。

（表）

（裏）

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>訪問介護等利用者負担額減額認定証</b></p> </div>	
交付年月日                      年    月    日	
受 給 者	住    所
	フリガナ 氏    名
	生年月日                      年    月    日
介護保険被保険者番号	
適用年月日                      年    月    日から	
有効期限                      年    月    日まで	
減 額 割 合                      / 1 0 0	
発行機関名 及    び    印	春日井市長  愛知県春日井市鳥居松町5丁目44番地 電話番号(0568)81-5111（代表）

注 意 事 項

- 一 訪問介護等のサービスを受けるときは、必ず事前に、この証を事業者に提出してください。
- 二 利用者負担額は免除となります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の条件に該当しなくなつたとき又は減額認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

第4号様式（第5条関係）

第 年 月 日  
年 月 日

様

春日井市長

印

### 訪問介護等利用者負担額減額却下通知書

年 月 日にあなたが行った訪問介護等利用者負担額減額認定申請  
については、次の理由により却下しましたので通知します。

却下理由

第5号様式（第5条の2関係）

第 年 月 日  
号

様

春日井市長

印

### 訪問介護等利用者負担額減額資格喪失通知書

訪問介護等利用者負担額減額について、次のとおり資格を喪失しましたので通知します。

1 対象者  
住所  
氏名

2 資格喪失年月日 年 月 日

3 資格喪失理由

第6号様式（第10条関係）

介護保険 訪問介護等利用者負担額差額支給申請書

（宛先）春日井市長

次のとおり訪問介護等利用者負担額差額の支給について申請します。

申請者氏名		申請年月日	
-------	--	-------	--

被 保 険 者	番 号			
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名			
	住 所	電話番号 — —		

訪問介護等 利用期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
減額認定証を提示 できなかった理由			
利用者負担額合計	円		

- 備考 1 被保険者証及び訪問介護等利用者負担額減額認定証を提示してください。  
2 この申請に係る領収証を添付してください。

支給金額の受領に関する権限について次の者に委任します。被保険者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係 \_\_\_\_\_

訪問介護等利用者負担額の差額を次の口座に振り込んでください。（該当するものを○で囲む）

金融機関名		種 目	口 座 名 義 人	
.....	.....		フリガナ	
銀行	本店	口 座 番 号	氏 名	
信用金庫	支店			
農 協	出張所			

第7号様式（第10条関係）

第 年 月 日  
号

様

春日井市長

印

訪問介護等利用者負担額差額支給決定通知書

年 月 日にあなたが行った差額支給申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

提 供 年 月	年 月	支 給 額	円
---------	-----	-------	---

支払い方法	口座振込	金融機関名	支 店 名	種目	口 座 番 号	口 座 名 義 人
	振 込 日	年 月 日				

第8号様式（第10条関係）

第 年 月 日  
号

様

春日井市長

印

### 訪問介護等利用者負担額差額支給却下通知書

年 月 日にあなたが行った訪問介護等利用者負担額差額支給については、次の理由により却下しましたので通知します。

却下理由