

土佐清水市介護保険利用者負担額助成認定申請書

市

フリガナ			保険者番号			3	9	2	0	9	2	
被保険者氏名			被保険者番号									
	生年月日	年 月 日生	個人番号									
住所	(〒 - )		電話番号 ( )									
助成対象サービス	訪問介護・（介護予防）訪問入浴介護・（介護予防）訪問看護・（介護予防）訪問リハビリテーション・通所介護・（介護予防）通所リハビリテーション・（介護予防）福祉用具貸与・（介護予防）短期入所生活介護・（介護予防）短期入所療養介護・（介護予防）居宅療養管理指導・（介護予防）認知症対応型共同生活介護・（介護予防）小規模多機能型居宅介護・（介護予防）認知症対応型通所介護・第1号訪問事業・第1号通所事業・介護予防生活支援員派遣事業・地域密着型通所介護											
障害・遺族年金受給の有無	有（障害・遺族） ・ 無		有の場合の受給年額（①）									円

土佐清水市長 様

介護保険利用者負担額助成の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、認定にあたり、以下のことに同意します。

- ①被保険者及びその世帯全員の課税状況等を調査すること。
- ②被保険者の収入状況（公的年金以外を含む）について、土佐清水市が官公署又は、その他関係機関（「年金事務所等」）に調査を嘱託し、報告を求めること。また、土佐清水市の調査嘱託又は報告要求に対し、官公署又はその他関係機関が報告することについて、私が同意している旨を官公署又はその他関係機関に伝えて構いません。

令和5年 8月 1日

住所 土佐清水市

申請者

氏名

電話番号 ( ) -

代筆者

申請者との関係 ( )

申請の結果の受け取りを本人の送付先以外へ希望される場合は下記に記入をお願いします。（押印必須）

委任状	(〒 - )	電話番号 ( ) -
	住所	
代理人	氏名	被保険者との続柄（関係）
私は上記の者を代理人と認め、当認定結果（認定証を含む）の受領について委任します。		被保険者氏名

市記入欄

交付年月日	介護認定の有・無	有 ・ 無	認定 ・ 不認定
年 月 日	生活保護受給の有・無	有 ・ 無	
適用年月日	高齢福祉年金の有・無	有 ・ 無	不認定の場合の理由 収入100万円超・課税世帯 滞納・その他 ( )
年 月 日	介護保険料の段階	第 段階	
有効期限	年収入金額合計②	円	備考
年 7月 31日	介護保険料滞納の有・無	有 ・ 無	
まで	①+②=		円