

介護保険利用者負担助成認定申請書

年 月 日

船橋市長 あて

利用者負担の助成を受けるため下記のとおり申請いたします。
申請書に記入した内容については、事実に相違ありません。

(申請者) 住所 船橋市湊町2-10-25

氏名 船橋 花子

被保険者との関係 長女

電話番号 047-436-2304

※申請者(申請する人)が被保険者(今回助成を必要とする人)以外の場合裏面の委任状が必要となります。

被保険者番号	0000123456		
被保険者氏名	船橋 太郎	生年月日	昭和12年3月4日
被保険者住所	船橋市湊町2-10-25		電話番号 047 (436) 2304

生計が同一の者全員の収入及び預貯金額の記載欄

	世帯員氏名	続柄	令和6年1月～12月年間収入額	現金及び預貯金の(申請日)合計
1	船橋 太郎	本人	300,000円	金融機関名 〇〇銀行 船橋支店 種別 普・定・貯 合計金額 100,000円
2	//	//	仕送り 120,000円	金融機関名 △△銀行 千葉支店 種別 普・定・貯 合計金額 50,000円
3	船橋 花子	長女	800,000円	金融機関名 〇〇銀行 船橋支店 種別 普・定・貯 合計金額 1,000,000円
4	//	//	円	金融機関名 〇〇銀行 船橋支店 種別 普・定・貯 合計金額 500,000円
5			円	金融機関名 種別 普・定・貯 合計金額 円
6			円	金融機関名 種別 普・定・貯 合計金額 円
備考		長男より 10,000円/月の仕送り有り		

※なお、虚偽の申告をした場合は遡って利用者負担助成の認定を取り消します。

添付書類(必須)

- ① 世帯員全員の令和6年1月～12月の収入が分かるもの(※年金収入者等は年金(恩給)改定通知書、給与所得者は源泉徴収票、他の場合はそれぞれ証するもの)
- ② ご本人については通帳の原本もしくは名義、残高のわかる箇所の写し
- ③ 同意書(裏)

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて

委任者(被保険者)

住 所 船橋市湊町2-10-25

氏 名 船橋 太郎

私は船橋市介護保険利用者負担助成の申請に関する一切の事務を下記の者に委任いたします。

受任者

住 所 船橋市湊町2-10-25

氏 名 船橋 花子

同 意 書

私は、船橋市介護保険利用者負担助成事業実施要綱に基づき、下記事項について同意します。

- 助成認定申請に基づく、私及びその属する世帯の世帯員の市区町村民税等の内容を助成認定の目的で利用すること。
- 市が保有する助成認定決定情報を私の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者及び私が利用する助成対象サービスを提供する居宅サービス事業者に提供すること。
- 本申請により認定を受けた場合、助成費は、別で届け出た口座に自動的に振り込まれること(自動償還)。

被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	船橋 太郎

※被保険者以外の方が同意する場合に下欄に記載して下さい。

代理人住所	船橋市湊町2-10-25
代理人氏名	船橋 花子
被保険者との関係	長女
被保険者本人が同意書に記入できない理由	1. 認知症があるため 2. 身体の障害(上腕等)によるため 3. その他(