

介護保険基準収入額適用申請書

袖ヶ浦市長 様

1	フリガナ		被保険者番号															
	被保険者氏名		個 人 番 号															
			性別	男・女														
	生年月日	年 月 日																
2	フリガナ		被保険者番号															
	被保険者氏名		個 人 番 号															
			性別	男・女														
	生年月日	年 月 日																
3	フリガナ		被保険者番号															
	被保険者氏名		個 人 番 号															
			性別	男・女														
	生年月日	年 月 日																
住所		電話番号																

被保険者氏名				
年 中 の 収 入 金 額	公的年金	円	円	円
	給与 (パート収入等 を含む)	円	円	円
	() (年金・給与以 外の収入)	円	円	円
	合計	円	円	円

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係

保険者 確認欄	提出	☐ 本人	☐ 代理	☐ 代行(使者)	☐ 郵送
	代理権の確認	☐ 介護保険被保険者証等	☐ 委任状	☐ 成年後見	☐ 意思確認困難
	個人番号カード提示	(有 ・ 無)		番号確認書類提示	(有 ・ 無)
	身元確認	☐ 運転免許証	☐ パスポート	☐ 障害者手帳	
		☐ 介護保険被保険者証	☐ 医療保険被保険者証	☐ その他()	
	個人番号システム確認	☐			