

# 記入例

## 介護保険基準収入額適用申請書

平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

(申請先  
東海村)

同じ世帯の65歳以上の方全員の氏名・生年月日・性別・被保険者番号  
をご記入ください。

次のように

1	フリガナ	トウカイ イチロウ	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 1 1 1 1 1
	被保険者氏名	東海 一郎	個人番号	1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4
	生年月日	昭和21年 1月 1日	性別	男 ・ 女
2	フリガナ	トウカイ ハナコ	被保険者番号	0 0 0 0 0 2 2 2 2 2 2
	被保険者氏名	東海 花子	個人番号	5 6 7 8 5 6 7 8 5 6 7 8
	生年月日	昭和22年 2月 2日	性別	男 ・ 女
3	フリガナ	トウカイ ムラ	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4
	被保険者氏名	東海 ムラ	個人番号	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3
	生年月日	昭和 3年 3月 3日	性別	男 ・ 女
住 所		東海村東海三丁目7番1号		
		連絡先 029-282-1711		

同じ世帯の65歳以上の方全員の昨年中の収入額の記載が必要です。  
(既に金額が記載されている場合は、収入額をご確認ください。)

氏 名	東海 一郎	東海 花子	東海 ムラ
平成〇年 中の 収入	公的年金 2,800,000円	880,000円	770,000円
	給与 (パート収入等 を含む) 円	円	円
	(不動産) (年金・給与以外 の収入) 200,000円	円	円
	合 計 3,000,000円	880,000円	770,000円

前年中の世帯の収入額の合計が、1人で383万円未満、2人以上で520万円未満の場合、  
負担上限額を44,400円から37,200円に戻ります。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名 介護 保子	連絡先(自宅・勤務先) 029-282-8888
申請者住所 東海村白方1234-45	本人との関係 ケアマネージャー

こちらの欄は、1～3の被保険者以外の方が申請を行う場合のみ、ご記入ください。

### 注意事項

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人(40歳以上65歳未満の方は除く。)及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など)は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において当村に住所がある方で公的年金収入のみの方、また、当該年度の確定申告がお済の方については添付書類は不要です。