

介護保険基準収入額適用申請書

平成 年 月 日

(申請先)

東海村長 様

次のとおり関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

1	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者氏名	㊟	個人番号																	
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女																
2	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者氏名	㊟	個人番号																	
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女																
3	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者氏名	㊟	個人番号																	
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女																
住 所																				
		連絡先																		

氏 名					
平成 年中 の 収 入	公的年金	円	円	円	円
	給与 (パート収入等を含む)	円	円	円	円
	() (年金・給与以外の収入)	円	円	円	円
	合 計	円	円	円	円

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	連絡先 (自宅 ・ 勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。