

# 介護保険基準収入額適用申請書

平成 年 月 日

総社市長 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	(印)	個人番号													
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女												
2	フリガナ		被保険者番号													
	被保険者氏名	(印)	個人番号													
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女												
3	フリガナ		被保険者番号													
	被保険者氏名	(印)	個人番号													
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女												
住 所		電話番号														

氏 名			
平成 年中 の 収入	公的年金	円	円
	給 与 (パート収入 等を含む)	円	円
	( ) (年金・給与 以外の収入)	円	円
	合 計	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	電話番号
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、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日において総社市に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。
- (4) 申請された収入金額と公簿等の額が異なるときは、公簿等の額をもって本来申請すべき額として判定を行います。