介護保険 基準収入額適用申請書

年 月 日

田布施町長 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	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	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	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	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

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名		電話番号	
申請者住所		続 柄	

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下さい。
- (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日において田布施町に住所がある方の公的年金収入については、原則として添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。

町記入欄

受付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	