様式第28号の2(第29条の2関係)

介護保険基準収入額適用申請書

年　　　月　　　日

　魚津市長　あて

　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かか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(適用対象者) | 印 | 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(適用対象者) | 印 | 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(適用対象者) | 印 | 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | (連絡先)　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ① | ② | ③ |
| 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 |
| 課税状況の照会についての同意(　署名　) | 私の課税状況について、官公署に照会することに同意します。 |
| 　 | 　 | 　 |

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者欄の記載は不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 | 　 | 連絡先 | 　 |
| 住所 | 　 | 被保険者との関係 | 　 |

(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、災害弔慰金等)は除きます。

(3)　公的年金源泉徴収票、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、直近の1月1日時点において魚津市に住所がある方は、上記「課税状況の照会についての同意」欄に署名いただければ、書類の添付は不要です。