

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
フリガナ		被保険者番号		
②	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
	フリガナ		被保険者番号	
③	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 <small>(パート収入等を含む)</small>	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)

- 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。
- 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。
- 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。