

# 介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

福山市長 様

次のとおり関係書類を添えて、介護保険高額介護(介護予防)サービス費及び高額介護予防・生活支援サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。なお、私の収入額について、課税資料により調査確認されることに同意します。

※太枠の中を記入してください。

被 保 険 者 住 所		電 話 番 号 ( ) -											
個 人 番 号													
被 保 険 者 番 号													
フ リ ガ ナ													
被 保 険 者 名 前		Ⓜ				Ⓜ				Ⓜ			
生 年 月 日		年 月 日				年 月 日				年 月 日			
( ) 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 ( ) 収 入	円				円				円			
	合 計	円				円				円			

【注意】 ※記入欄が足りない場合は、裏面の欄に記入してください。

- 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記入してください。
- 収入額は全て記入してください。ただし、退職金及び課税の対象とならない収入(障がい年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など)は除きます。
- 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日において福山市に住所がある方の公的年金収入については、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。

※本人の場合は記入不要です。

提 出 者	名 前	電 話 番 号 ( ) -
	住 所	被 保 険 者 と の 関 係 <input type="checkbox"/> 家 族 <input type="checkbox"/> そ の 他 ( ) <input type="checkbox"/> 施 設 ・ 事 業 所 ( )

※ 福山市記入欄(この欄は記入しないでください。)

受 付 時 確 認 欄		備 考	
受 付	申 請 要 件	添 付 書 類	
<input type="checkbox"/> 介護保険課 <input type="checkbox"/> 高齢者支援課 <input type="checkbox"/> 支 所 受 付 者 名	<input type="checkbox"/> 第1号被保険者 <input type="checkbox"/> 課税所得145万円以上 <input type="checkbox"/> 同一世帯の第1号被保険者の収入合計が520万円未満(本人のみで383万円未満)	<input type="checkbox"/> 収入を証明する書類 ・ 公的年金等(給与)源泉徴収票の写し ・ 確定申告書の写し ・ その他公的年金及び給与収入額が確認できる書類 ※所得(課税)証明書等	
審 査 ・ 入 力 等 確 認 欄		受 付 印	
決 定 事 項		入 力	
<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当			

**※表面つづき**

被 保 険 者 住 所		電話番号 (            )            -		
個 人 番 号				
被 保 険 者 番 号				
フ リ ガ ナ				
被 保 険 者 名 前		®	®	®
生 年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
（ ） 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 (            )収入	円	円	円
	合 計	円	円	円