提出しめきり　令和　　年　　月　　日

介護保険基準収入額適用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　令和　　年　　月　　日

佐賀中部広域連合長　様

次のとおり高額介護（予防）サービス費の利用者負担上限額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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、下記について記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

注意事項

（1）申請書に印刷している金額等が違うときは、違うところに訂正印を押し、正しい金額等を記入してください。

（2）金額を訂正したときは、収入額を確認できる書類を必ず添付してください。

（3）収入額はすべて記入してください。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。