

# 介護保険基準収入額適用申請書

平成 年 月 日

糸島市長 様

次のとおり関係書類を添えて、高額介護（介護予防）サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。  
ここに記載している介護保険第一号被保険者の収入状況について、公簿により確認されることに同意します。

フリガナ		被保険者番号	0 0 0 0			性別	男・女
被保険者氏名	印	個人番号				生年月日	明・大・昭 年 月 日
フリガナ		被保険者番号	0 0 0 0			性別	男・女
被保険者氏名	印	個人番号				生年月日	明・大・昭 年 月 日
フリガナ		被保険者番号	0 0 0 0			性別	男・女
被保険者氏名	印	個人番号				生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所				電 話 番 号	— —		

氏 名 (65歳以上の方全員)		円	円	円
平成26年中の収入	公 的 年 金			
	給 与 (パート収入等を含む)			
	( ) (年金・給与以外の収入)			
	合 計			

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		電 話 番 号	— —
申 請 者 住 所			本人との関係

**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・その他の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日において糸島市に住所がある方の公的年金収入の場合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。

**※市記入欄**

要介護（支援）認定者 被保険者番号	同一世帯第1号 被保険者数	合計収入額	確認方法	受付印
	<input type="checkbox"/> 1人のみ <input type="checkbox"/> 2人以上	円	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 公簿	
判定基準		判定結果	適用年月日	
383万円： <input type="checkbox"/> 未満 <input type="checkbox"/> 以上		<input type="checkbox"/> 承認	平成 年 月 日	
520万円： <input type="checkbox"/> 未満 <input type="checkbox"/> 以上		<input type="checkbox"/> 不承認		
				<input type="checkbox"/> システム入力済