

様式第 6 号(第 1 8 条の 2 関係)

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 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。

1	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者氏名		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		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		個人番号	
			性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
住所		電話番号		

被保険者氏名				
年 中 の 収 入 金 額	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

申請者氏名	電話番号
申請者住所	本人との関係