

# 記入例

「」内の箇所をご記入ください。

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	サッテ ハナコ	生年月日	明・大・昭 12 年 3 月 4 日生	性別	男・女
被保険者氏名	幸手 花子	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	個人番号	
住 所	〒 340-0152 電話（ 0480 ） 12 - 3456 幸手市大字天神島 1 0 3 0 番地 1				

施設利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所（特養、老健、介護医療院など）（令和 年 月 日から）	<input type="checkbox"/> ショートステイ
	介護保険施設の	<input type="checkbox"/> 未定
	名称 介護老人保健施設 さくら 電話（ 0480 ） 00 - 0000 所在地 幸手市東 4 丁目 6 番 8 号	

配偶者について	配偶者の有無	有 ・ 無	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税
	フリガナ	サッテ タロウ	性別	男・女 生年月日 明・大・昭 11 年 2 月 3 日生
	配偶者氏名	幸手 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	住 所	〒 340-0152 電話（ 0480 ） 00 - 0000 幸手市大字天神島 1 0 3 0 番地 1		
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 電話（ ） -		

収入及び預貯金等に関する申告	【該当する□にレを記入してください】		本人の非課税年金受給状況	1. 遺族年金※ 2. 障害年金 3. 受給無	
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者			※寡婦年金、がん年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む	
	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税であって、前年の合計所得金額と年金収入額※の合計額が 80 万9千円以下の方				
	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税であって、前年の合計所得金額と年金収入額※の合計額が 80 万9千円以上 120 万円以下の方				
<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税であって、前年の合計所得金額と年金収入額※の合計額が 120 万円以上の方					
<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税であって、前年の合計所得金額と年金収入額※の合計額が 120 万円以上の方					
<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下です。					
預貯金額	2,000,000 円	有価証券（評価概算額）	1,500,000 円	その他（現金・負債を含む）	500,000 円

申請者が被保険者本人の場合には、下記の欄の記入は不要です。

申請者氏名	幸手 太郎	日中の連絡先	0480-00-0000
申請者住所	幸手市大字天神島 1 0 3 0 番地 1	本人との関係	夫

裏面の「同意書」も、必ず記入してください。

## 記入例

「」内の箇所をご記入ください。

### 同意書

（あて先）幸手市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、幸手市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

＜本人＞  
住所 幸手市大字天神島1030番地1  
氏名 幸手 花子

＜配偶者＞  
住所 幸手市大字天神島1030番地1  
氏名 幸手 太郎

配偶者が  
いない場合は、  
記入不要です。