

## 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	性別	男・女
被保険者氏名	幸手 花子	被保険者番号	12年3月4日生		
		個人番号			
住所	〒340-0152 幸手市大字天神島1030番地1	電話（0480）	12 - 3456		

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
	<input type="checkbox"/> 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 幸手市大字天神島1030番地1	電話（0480）	00 - 0000							
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	電話（）	-							

【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 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む						
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者			<input 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"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,550万円（夫婦は1,550万円）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120万円以上の方			<input 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1030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。

□ 令和〇年〇月〇日  
-----

□ <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。