

## 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           | サツテ ハナコ                                                                                                                                                                 |                                                   | 生年月日        | 明・大・昭<br>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    |   |   |   |   |
|                |                                                                                                                                                                         |                                                   | 個人番号        |                        |                                  |                         |                        |    |     |   |   |      |   |   |   |   |
| 住 所            | 〒340-0152<br>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<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設                                 |                                                   |             |                        |                                  |                         |                        |    |     |   |   |      |   |   |   |   |
|                | 名 称 介護老人保健施設 さくら 電話（ 0480 ） 00 - 0000<br>所在地 幸手市東4丁目6番8号                                                                                                                |                                                   |             |                        |                                  |                         |                        |    |     |   |   |      |   |   |   |   |
|                | <input type="checkbox"/> 未定                                                                                                                                             |                                                   |             |                        |                                  |                         |                        |    |     |   |   |      |   |   |   |   |
| 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                                                                                                                                                                    | サツテ タロウ                                           |             | 性別                     | 男・女                              | 生年月日                    | 明・大・昭<br>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<br>幸手市大字天神島1030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老齢福祉年金受給者<br><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。                               |                                                   |             |                        | ※ 遺族年金、かんきん年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む |                         |                        |    |     |   |   |      |   |   |   |   |
|                | <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※の合計額が年額 82万6千5百円以下の方<br><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※の合計額が年額 82万6千5百円超120万円以下の方<br><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。                 |                                                   |             |                        |                                  |                         |                        |    |     |   |   |      |   |   |   |   |
|                | <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※の合計額が年額 120 万円超の方<br><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。

の規定に基づき、支給された額及び収入と信の加算金を返還していただくことがあります。

## 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。