

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ									
	被保険者氏名	被保険者番号								
		個人番号								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日								
	住 所	〒								
		電話番号								
	入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	〒								
		電話番号								
入所(院)年月日 (※)	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日				(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。					
課税状況	市町村民税 課税				・ 非課税					
配偶者の有無	有 ・ 無				※この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係者も含まれます。					

収入・資産	非課税年金受給の有無	有(遺族年金・障害年金)・無		生活保護受給の有無	有・無	
	受給している年金の保険者	☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済				
	65歳以上 (年金収入+その他の合計所得金額)	☐ 住民税非課税世帯で年額80万9千円以下	→	かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦で1,650万円)以下		
		☐ 住民税非課税世帯で年額80万9千円超120万円以下	→	かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦で1,550万円)以下		
		☐ 住民税非課税世帯で年額120万円超	→	かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦で1,500万円)以下		
	65歳未満	☐ 住民税非課税世帯で預貯金等の合計額1,000万円(夫婦で2,000万円)以下				
預貯金額 (定期預金を含む)	本人	円	配偶者	円	有価証券 (評価概算額)	円
その他 (現金・負債を含む)	(種類:)		(種類:)			

申請者	申請者氏名		本人との関係	
	申請者住所	〒 ※ 事業所が提出する場合、事業所の所在地と名称 電話番号		

※裏面へ続<=>

- | | | | | | | |
|------------------|--------|--|--------|---------------------------------|-------|----------|
| 市
記
入
欄 | 添付書類 | ☐ 同意書（押印の確認含む） | | ☐ 通帳等の写し | | |
| | 介護度 | 期間： ～ | | | | |
| | 結果 | ☐ 該当 （ ）段階 （ ～ ） ☐ 非該当 | | | | |
| | 生保受給 | 有 ・ 無 | 老齢福祉年金 | 有 ・ 無 | 給付制限 | 有 ・ 無 |
| | 本人 | 課税 ・ 非課税 | 配偶者 | 課税 ・ 非課税 | 世帯状況 | 課税 ・ 非課税 |
| | 合計資産状況 | | 合計所得 | | 課税年金額 | |
| | 非課税年金 | 有 ・ 無 ※年金種類・収入額 | | | | |

同 意 書

天草市長

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、天草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

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名