

# 賢約相談シート

お申込み日: 年 月 日

## 1. ご相談者の氏名・ご連絡先

(ふりがな) 氏名		住所	〒
電話番号		メールアドレス	

## 2. 介護が必要なご家族とその配偶者の情報

### A. 介護が必要なご家族の情報

ご相談者との関係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> おじ <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> その他( )	氏名	( )
住居形態(お申込み日現在)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	年齢	( )歳
住所	〒		
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
同居者	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> ご相談者と同居 <input type="checkbox"/> その他( )		
住民票上の世帯	<input type="checkbox"/> 単独または配偶者と2人の世帯 <input type="checkbox"/> ご相談者と同一世帯 <input type="checkbox"/> その他( ) 【世帯主氏名】( )		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者の氏名・ご相談者との関係: ) <input type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input type="checkbox"/> 手続きをしていない		

### B. Aの方の配偶者の情報

生存・死亡の別	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 「死亡」の場合、死亡年月:( )年( )月		
生存されている方は、現在の情報を、死亡されてから5年未満の方は、死亡時の情報をご記入ください。 ※死亡されてから5年以上経過されている方の場合、ご記入の必要はありません。			
住居形態(お申込み日現在)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	年齢	( )歳
住所(Aと同居の場合は、ご記入不要)	〒		
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
同居者	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> ご相談者と同居 <input type="checkbox"/> その他( )		
住民票上の世帯	<input type="checkbox"/> 単独または配偶者と2人の世帯 <input type="checkbox"/> ご相談者と同一世帯 <input type="checkbox"/> その他( ) 【世帯主氏名】( )		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者の氏名・ご相談者との関係: ) <input type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input type="checkbox"/> 手続きをしていない		

裏面にもご記入欄がございます。

### 3. ご相談者とその配偶者の情報

#### C. ご相談者ご本人の情報

年齢	( )歳
住所	〒
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( )万円
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
確定申告	<input type="checkbox"/> やっている <input type="checkbox"/> やっていない

#### D. ご相談者の配偶者の情報

生存・死亡の別	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 「死亡」の場合、死亡年月:( )年( )月
生存されている方の場合、現在の情報を、死亡されてから5年未満の方の場合、死亡時の情報をご記入ください。 ※死亡されてから5年以上経過されている方の場合、ご記入の必要はありません。	
年齢	( )歳
住所(Cと同居の場合は、ご記入不要)	〒
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( )万円
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
確定申告	<input type="checkbox"/> やっている <input type="checkbox"/> やっていない

特記事項 (補足されたい内容等ございましたら、ご記入ください)

- ◆「賢約サポート」は、一般社団法人日本ライフマイスター協会とその提携税理士が共同運営するサービスです。一般社団法人シニアライフよろず相談室は、一般社団法人日本ライフマイスター協会の代理店です。
- ◆本シートにご記入いただきました個人情報は、「賢約サポート」による公的支出の無料診断を行う目的に限定し、一般社団法人シニアライフよろず相談室、一般社団法人日本ライフマイスター協会およびその提携税理士の間で共有させていただきます。なお、個人情報の管理については厳格な管理を徹底いたします。
- ◆一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士による診断結果は、お申し込みから10日以内を目途に、一般社団法人シニアライフよろず相談室を経由して、ご相談者のご連絡先宛にご連絡させていただきます。
- ◆診断後の還付申告手続きに関しましては、原則として、一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士とご契約の上、行うこととなります。この場合、受領された還付金額の30%相当額(消費税別)を成功報酬として、当該税理士にお支払いいただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。

# 賢約相談シート

お申込み日: 2022年 8月 1日

記入例

## 1. ご相談者の氏名・ご連絡先

（ふりがな） 氏名	よろず たろう <b>萬 太郎</b>	住所	〒170-0013 東京都豊島区東池袋〇〇〇
電話番号	<b>03-5992-2463</b>	メールアドレス	<b>info@yorozu-soudan.com</b>

## 2. 介護が必要なご家族とその配偶者の情報

### A. 介護が必要なご家族の情報

ご相談者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> おじ <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> その他( )	氏名	( <b>萬 一郎</b> )
住居形態(お申込み日現在)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	年齢	( <b>85</b> )歳
住所	〒171-0021 東京都豊島区西池袋〇〇〇		
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( <b>220</b> )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( <b>要介護3</b> )、認定日( <b>2021</b> )年( <b>4</b> )月		
同居者	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> ご相談者と同居 <input type="checkbox"/> その他( )		
住民票上の世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 単独または配偶者と2人の世帯 <input type="checkbox"/> ご相談者と同一世帯 <input type="checkbox"/> その他( ) 【世帯主氏名】( <b>萬 一郎</b> )		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者の氏名・ご相談者との関係: ) <input checked="" type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input checked="" type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input checked="" type="checkbox"/> 手続きをしていない		

### B. Aの方の配偶者の情報

生存・死亡の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 「死亡」の場合、死亡年月:( )年( )月		
生存されている方は、現在の情報を、死亡されてから5年未満の方の場合は、死亡時の情報をご記入ください。 ※死亡されてから5年以上経過されている方の場合、ご記入の必要はありません。			
住居形態(お申込み日現在)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	年齢	( <b>83</b> )歳
住所(Aと同居の場合は、ご記入不要)	〒		
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( <b>90</b> )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
同居者	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> ご相談者と同居 <input type="checkbox"/> その他( )		
住民票上の世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 単独または配偶者と2人の世帯 <input type="checkbox"/> ご相談者と同一世帯 <input type="checkbox"/> その他( ) 【世帯主氏名】( <b>萬 一郎</b> )		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者の氏名・ご相談者との関係: ) <input checked="" type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> ご相談者の配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input checked="" type="checkbox"/> 手続きをしていない		

裏面にもご記入欄がございます。

### 3. ご相談者とその配偶者の情報

記入例

#### C. ご相談者ご本人の情報

年齢	( 60 )歳
住所	〒170-0013 東京都豊島区東池袋〇〇〇
年収	【給与(年額)】( 600 )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( 50 )万円
社会保険加入形態	<input checked="" type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
税法上の扶養関係	<input checked="" type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
確定申告	<input checked="" type="checkbox"/> やっている <input type="checkbox"/> やっていない

#### D. ご相談者の配偶者の情報

生存・死亡の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 「死亡」の場合、死亡年月:( )年( )月
生存されている方の場合は、現在の情報を、死亡されてから5年未満の方の場合は、死亡時の情報をご記入ください。 ※死亡されてから5年以上経過されている方の場合、ご記入の必要はありません。	
年齢	( 57 )歳
住所(Cと同居の場合は、ご記入不要)	〒
年収	【給与(年額)】( 96 )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( )万円
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている
各種控除	【障害者控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない 【寡婦控除】 <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
確定申告	<input type="checkbox"/> やっている <input checked="" type="checkbox"/> やっていない

特記事項 (補足されたい内容等ございましたら、ご記入ください)

父が最初に要介護認定を取得したのは2019年4月で、「要介護2」でした。

- ◆「賢約サポート」は、一般社団法人日本ライフマイスター協会とその提携税理士が共同運営するサービスです。一般社団法人シニアライフよろず相談室は、一般社団法人日本ライフマイスター協会の代理店です。
- ◆本シートにご記入いただきました個人情報、は、「賢約サポート」による公的支出の無料診断を行う目的に限定し、一般社団法人シニアライフよろず相談室、一般社団法人日本ライフマイスター協会およびその提携税理士の間で共有させていただきます。なお、個人情報の管理については厳格な管理を徹底いたします。
- ◆一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士による診断結果は、お申し込みから10日以内を目途に、一般社団法人シニアライフよろず相談室を経由して、ご相談者のご連絡先宛にご連絡させていただきます。
- ◆診断後の還付申告手続きに関しましては、原則として、一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士とご契約の上、行うこととなります。この場合、受領された還付金額の30%相当額(消費税別)を成功報酬として、当該税理士にお支払いいただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。

# 賢約相談シート

(配偶者の介護の場合)

お申込み日： 年 月 日

## 1. ご相談者の氏名・ご連絡先

(ふりがな) 氏名		住所	〒
電話番号		メールアドレス	

## 2. 介護が必要な配偶者のご相談者ご自身の情報

### A. 介護が必要な配偶者の情報

住居形態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設の場合、施設名( )	氏名 ( )	年齢 ( )歳
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
同居者	<input type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)と2人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)のほか、お子さまと同居 <input type="checkbox"/> その他( )		
住民票上の世帯	<input type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)と2人の世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)のほか、お子さまと同一世帯 <input type="checkbox"/> その他( ) 【世帯主氏名】( )		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者のご相談者との関係: ) <input type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
障害者控除	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input type="checkbox"/> 手続きをしていない		

### B. ご相談者ご本人の情報

住居形態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設の場合、施設名( )	年齢 ( )歳	
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者のご相談者との関係: ) <input type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
障害者控除	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input type="checkbox"/> 手続きをしていない		

裏面に特記事項(もしございましたら)の記入欄とご留意いただきたい事項の記載がございます。

- 
- ◆「賢約サポート」は、一般社団法人日本ライフマイスター協会とその提携税理士が共同運営するサービスです。一般社団法人シニアライフよろず相談室は、一般社団法人日本ライフマイスター協会の代理店です。
  
  - ◆本シートにご記入いただきました個人情報は、「賢約サポート」による公的支出の無料診断を行う目的に限定し、一般社団法人シニアライフよろず相談室、一般社団法人日本ライフマイスター協会およびその提携税理士の間で共有させていただきます。なお、個人情報の管理については厳格な管理を徹底いたします。
  
  - ◆一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士による診断結果は、お申し込みから10日以内を目途に、一般社団法人シニアライフよろず相談室を経由して、ご相談者のご連絡先宛にご連絡させていただきます。
  
  - ◆診断後の還付申告手続きに関しましては、原則として、一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士とご契約の上、行うこととなります。この場合、受領された還付金額の30%相当額(消費税別)を成功報酬として、当該税理士にお支払いいただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。

# 賢約相談シート

(配偶者の介護の場合)

お申込み日: 2022年8月1日

記入例

## 1. ご相談者の氏名・ご連絡先

(ふりがな) 氏名	よろず はなこ 萬 花子	住所	〒 171-0021 東京都豊島区西池袋〇〇〇
電話番号	03-5992-2463	メールアドレス	info@yorozu-soudan.com

## 2. 介護が必要な配偶者のご相談者ご自身の情報

### A. 介護が必要な配偶者の情報

住居形態	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設の場合、施設名( )	氏名	( 萬 一郎 )
		年齢	( 85 )歳
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( 220 )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( 要介護3 )、認定日( 2021 )年( 4 )月		
同居者	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)と2人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)のほか、お子さまと同居 <input type="checkbox"/> その他( )		
住民票上の世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)と2人の世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者(ご相談者)のほか、お子さまと同一世帯 <input type="checkbox"/> その他( ) 【世帯主氏名】( 萬 一郎 )		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者のご相談者との関係: ) <input checked="" type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input checked="" type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
障害者控除	<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input checked="" type="checkbox"/> 手続きをしていない		

### B. ご相談者ご本人の情報

住居形態	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設の場合、施設名( )	年齢	( 83 )歳
年収	【給与(年額)】( )万円 【年金(年額)】 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 ( 90 )万円 【その他所得(年額)】( )万円		
社会保険加入形態	<input type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢		
障害認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、等級( )、認定日( )年( )月		
親族からの物理的、金銭的支援	<input type="checkbox"/> 有(支援者のご相談者との関係: ) <input checked="" type="checkbox"/> 無		
税法上の扶養関係	<input type="checkbox"/> 誰の扶養にも入っていない <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの扶養に入っている <input type="checkbox"/> お子さまの配偶者の扶養に入っている <input type="checkbox"/> その他( )		
障害者控除	<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
確定申告	<input type="checkbox"/> 手続きをしている <input checked="" type="checkbox"/> 手続きをしていない		

裏面に特記事項(もしございましたら)の記入欄とご留意いただきたい事項の記載がございます。



特記事項 (補足されたい内容等ございましたら、ご記入ください)

夫が最初に要介護認定を取得したのは2019年4月で、「要介護2」でした。

- ◆「賢約サポート」は、一般社団法人日本ライフマイスター協会とその提携税理士が共同運営するサービスです。一般社団法人シニアライフよろず相談室は、一般社団法人日本ライフマイスター協会の代理店です。
- ◆本シートにご記入いただきました個人情報は、「賢約サポート」による公的支出の無料診断を行う目的に限定し、一般社団法人シニアライフよろず相談室、一般社団法人日本ライフマイスター協会およびその提携税理士の間で共有させていただきます。なお、個人情報の管理については厳格な管理を徹底いたします。
- ◆一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士による診断結果は、お申し込みから10日以内を目途に、一般社団法人シニアライフよろず相談室を経由して、ご相談者のご連絡先宛にご連絡させていただきます。
- ◆診断後の還付申告手続きに関しましては、原則として、一般社団法人日本ライフマイスター協会の提携税理士とご契約の上、行うこととなります。この場合、受領された還付金額の30%相当額(消費税別)を成功報酬として、当該税理士にお支払いいただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。