

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

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。

太枠の中を記入してください。(裏面あり)

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	氏 名		電話番号		
	住 所			被保険者から みた関係	
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号		
フリガナ			個 人 番 号		
(署名又は記名押印をしてください。)					
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生				
住 所	〒		電話番号 () —		
介護保険施設等の 名称及び所在地	〒		電話番号 () —		
入 所 (院) 年 月 日 (※)	年 月 日		※ 介護保険施設に入所(院)しない場合や ショートステイ利用の場合には記入不要		
配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。	
	フリガナ			生年月日 明・大・昭 年 月 日	
	氏 名			個人番号	
	住 所	〒		電話番号 () —	
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる 〒 場合に記載)			
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			
収入等及び 預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市民税非課税世帯に属する者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			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下 <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small> <input 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 <small>※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下</small>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下 <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円 (夫婦は 1,550 万円) 以下 <small>※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下</small>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超える <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 <small>※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下</small>			
預貯金等に 関する申告	◆預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 ※内容を 記載
	現 金	円	負 債	円	※ () 円

【裏面へ続く】

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(通帳の表紙・有無にかかわらず定期預金のページ・申請日の直近2ヶ月前から最終残高までを確認できるページを揃えて、本人と配偶者分を添付してください。)
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

浜松市長

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、貴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。

年 月 日

《本人》

住 所

氏 名

(署名又は記名押印をしてください。)

《配偶者》

住 所

氏 名

(署名又は記名押印をしてください。)

浜松市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		利用者負担段階 1・2・3-①・3-②・4	
適用年月日	1 生活保護受給	有・無	4 配偶者課税状況	課税・非課税
年 月 日	2 老福年金受給	有・無	5 預貯金等超過	有・無
から	3 世帯課税状況	課税・非課税	6 給付額減額状況	有・無
有効期限	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日				
まで				

