

介護保険負担限度額認定申請書

窓口に申請にこられた方の氏名、日中連絡が取れる電話番号、住所、被保険者との関係を記入してください。

(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	浜松 次郎		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	住 所	××市△△区〇〇町 4 5 6			被保険者から みた関係	長男
被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号		
フリガナ ハマ Mats タロウ				0 0 1 2 3 4 5 6 7 8		
浜松 太郎				個人番号		
				個人番号は記載がなくても受け付けます。		
生 年 月 日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日生					
住 所	〒430-〇〇〇〇 ××市△△区□□町 1 2 3			電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		
介護保険施設等の 名称及び所在地	〒			番号 () —		
入 所 (院) 年 月 日 (※)				施設に入所 (院) しない場合や サービス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	場				
	課税状況	市町村民税 課税				
右枠内の 2 項目、 両方ともに 該当しない 場合は、 対象外となり ます (片方のみ 該当の場合 は、対象外 です)。	☐	☐ 生活保護受給者／市民税非課税 ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 65 万円以下		年金受給者 (万円) 以下		
	☐	☐ 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 80.9 万円以下 ※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。				
	☐	☐ 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 ※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下				
	☐	☐ 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 80.9 万円以下 ※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。				
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	※ () 円
	現 金	円	負 債	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
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。

日付を記入してください。

〇〇年 △△月 ××日

《本人》

住 所 ××市△△区□□町123

氏 名 浜松 太郎

《配偶者》

住 所 ××市△△区□□町123

氏 名 浜松 花子

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				