

介護保険負担限度額認定申請書

窓口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456			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 ハママツ 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123		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		非課税年金を受給されている場合には【遺族年金・障害年金】のどちらかに○を付けてください。				
当てはまる項目にチェックしてください。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)。		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市民税非課税 <input type="checkbox"/> 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 <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82.65万円以下 ※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。 <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 ※65歳未満の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
		<input type="checkbox"/>		合計所得金額万円以下 以下 得金額以下				
		<input type="checkbox"/>		預貯金等に関する事項を記入してください。 預貯金のほかに現金・有価証券・負債等を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。 通帳の写しは、①表紙、②定期預金のページ(有無にかかわらず)、③申請日の直近2ヶ月から最終残高の確認できるページを揃えて、本人分と配偶者分を添付してください。				
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		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

本人及び配偶者の同意の上、署名または記名してください。

《配偶者》

住 所    ××市△△区□□町123  
氏 名    浜松    花子

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				

浜松市記入欄