

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□□町123	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	
氏名		浜松 太郎	3	4	5	6	
(署名又は記名押印をしてください。)		浜松	7	8	個人番号		
生年月日	明・大・昭	〇年	〇月	〇日生	個人番号は記載がなくても受け付けます。		
住所	〒430-〇〇〇〇		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)しない場合や個室・個室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。			
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"/>	<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。		年金受給者(万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	<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		合計所得金額(万円)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。		合計所得金額(万円)以下			
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	

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

個人番号は記載がなくても受け付けます。

配偶者の有無を記入してください。“有”の場合には配偶者に関する事項を記入してください。

配偶者の課税状況を記入してください。※配偶者が市民税課税の場合には対象外となります。

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。

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)。

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。

【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1

氏名 浜松 太郎

浜松

(署名又は記名押印をしてください。)

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

《配偶者》

住所 ××市△△区□□町123

氏名 浜松 花子

浜松

(署名又は記名押印をしてください。)

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

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