

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 横浜市 区長

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。

記入者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
記入者住所	被保険者との関係

記入者が被保険者本人の場合には、上記については記入不要です。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名 (申請者)			
生年月日		性別	
現住所	☎:		
介護保険施設の所在地及び名称(※)			

入所(院)年月日(※)	昭・平 年 月 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。
-------------	-----------	---

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」については記入不要です。
--------	-------	---

配偶者に関する事項	世帯	住民登録上	同一世帯 ・ 別世帯(市内在住) ・ 別世帯(市外在住)
	フリガナ		生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏名		被保険者番号
	現住所	☎:	
	1月1日時点の住所(※)	(※)現住所と異なる場合にご記入ください。	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護等受給者等です。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税者のみの世帯(かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者)であって、合計所得金額と公的年金等収入額、非課税年金(遺族年金・障害年金)額の合計額が年額80万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税者のみの世帯(かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者)であって、合計所得金額と公的年金等収入額、非課税年金(遺族年金・障害年金)額の合計額が年額80万円を超えます。

非課税年金額(遺族年金、障害年金等)に関する申告	受給あり ・ 受給なし	(※)左記において「受給なし」の場合は、以下の「年金保険者への届出住所」については記入不要です。
	年金保険者への届出住所	現住所と同じ・その他( )

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
		預貯金額	有価証券(概算評価額)	その他(現金・負債を含む)	計
	被保険者	円	円	円	円
	配偶者	円	円	円	円

- (注1)虚偽の申告等により不正に負担限度額認定証の交付を受け、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、最大2倍の加算金を含め支給された額を返還していただくことがあります。
- (注2)「預貯金等に関する申告」は、預貯金等の口座を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書ききれない場合は、余白に記入するか、別紙に記入のうえで添付してください。
- (注3)この申請書における「配偶者」は、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (注4)この申請書における「非課税年金」は、基礎年金、厚生年金、共済年金等の障害年金、遺族年金をいいます。

個人番号	
------	--

交付年月日		備考			
年 月 日					
有効期間					
年 月 日	年 月 日				
課長	係長	係員	公印承認	決 裁	入力処理
				年 月 日 起案	受付
				年 月 日 決裁	

## 同意書

区長

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、貴区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 \_\_\_\_\_

印

<配偶者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

印

負担限度額認定証 \_\_\_\_\_ 枚を受領しました。 年 月 日  
氏名