

負担限度額認定申請書の記入例

記入内容に不備があると、再提出をお願いする場合がありますので、記入漏れにご注意ください。
 なお、収集した個人情報には目的以外に使用することはありません。

裏面あり

介護保険負担限度額認定申請書

平成30年6月10日

(申請先) 横浜市 中 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。

①	記入者氏名 横浜 一郎	連絡先（自宅・勤務先） 045-123-4567	記入者住所 横浜市鶴見区〇〇町1-1-1
	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 被保険者氏名（申請者） ヨコハマ ハナコ 横浜 花子	被保険者番号 0012345678	
	生年月日 昭和10年1月1日	性別 女	
	現住所 横浜市中区〇〇町2-2 △△マンション101号 ☎ 045-XXX-XXXX		
②	介護保険施設の所在地及び名称(※) 横浜市鶴見区×××× 特別養護老人ホーム〇〇〇		
	入所(※)年月日(※) 昭(平) 24年10月1日	(※)介護保険施設に入所(脱)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。	
③	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。		
	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 氏名 ヨコハマ タロウ 横浜 太郎	生年月日 新・大・朝 10年5月5日	被保険者番号 0099999999
	現住所 横浜市中区〇〇町2-2 △△マンション101号 ☎ 045-XXX-XXXX		
	1月1日時点の住所(※) 同上	(※)現住所と異なる場合に ご記入ください。	
④	収入等に関する申告 <input type="checkbox"/> 生活保護等受給者等です。 <input checked="" 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。		
⑤	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 ・ その他()		
⑥	⑥ 預貯金等の額について、基準額を下回っていることを確認し、チェックしてください。また、預貯金等の金額を記入してください(無い場合は0と記入してください)。配偶者がいる場合は、配偶者の預貯金等の額もご記入ください。 ※ 生活保護を受給されている方は、⑥についての記入は不要です。		
	預貯金等に に関する申告 被保険者 配偶者	預貯金額 1,230,321 円 2,111,222 円	有価証券(簿簿評価額) 0 円 その他(現金・負債を含む) 0 円 計 1,230,321 円 5,321,222 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	※この欄は、横浜市で確認できることから、記入は不要です。	
	交付年月日 年 月 日	備 考	
	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 受付
		年 月 日 起案	
		年 月 日 決裁	

- ① 申請書を記入される方の氏名・住所・連絡先を記入してください。
 「被保険者との関係」欄には、被保険者の方からみた関係を記入してください(成年後見人等の方についてはその旨を)。なお、ご本人の場合は記入不要です。
- ② 入所先施設の情報を入力してください。
 わからない場合や、ショートステイをご利用の場合は、記入は不要です。
- ③ 配偶者の有無について○をしてください。
 “有”の場合は配偶者に関する事項も記入してください。
- ④ 収入状況について、あてはまるものにチェックをしてください。
 わからない場合は記入不要です。
- ⑤ ご本人の、平成30年における非課税年金受給の有無について○をしてください。
 “受給あり”の場合は「年金保険者への届出住所」についても記入してください。
 (非課税年金とは、基礎年金、厚生年金、共済年金等の障害年金又は遺族年金をいいます。
なお、恩給は含まれません。)
- ⑥ 預貯金等の額について、基準額を下回っていることを確認し、チェックしてください。
 また、預貯金等の金額を記入してください(無い場合は0と記入してください)。
配偶者がいる場合は、配偶者の預貯金等の額もご記入ください。
 ※ 生活保護を受給されている方は、⑥についての記入は不要です。

預貯金等の確認のための提出物については、『介護保険負担限度額認定証』についてのお知らせ』の裏面と、「提出物チェックシート」をご確認ください。

返信用封筒を用いて提出する場合、普通郵便ですので、輸送中での事故、破損、不着の際の責任は負いかねます。

(裏面の「同意書の記入例」についてもご覧ください。)

同意書の記入例

「同意書」(申請書の裏面)の同意事項をご確認いただき、ご記入及びご捺印(シャチハタ不可)をお願いします。不備があると、再提出をお願いする場合がありますのでご注意ください。
 なお、生活保護を受給されている方は、同意書の記入は不要です。

同意書

⑦ 中 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。

⑧ 平成30年6月10日 ←

<本人>

⑨ 住所 横浜市中央区〇〇町2-2 △△マンション101号 ←

氏名 横浜 花子 (捺印)

<配偶者>

⑩ 住所 横浜市中央区〇〇町2-2 △△マンション101号 ←

氏名 横浜 太郎 (捺印)

⑦ 申請書(表面)の申請先に印字されている区名を記入してください。

⑧ 記入日を記入してください。

⑨ ご本人様の住所及び氏名を記入し、押印してください。(成年後見人等がいる場合は★を参照)

⑩ 配偶者がいる場合は、配偶者の方の住所及び氏名を記入し、押印してください。(成年後見人等がいる場合は★を参照)

★ 本人または配偶者に成年後見人等がいる場合、⑨又は⑩には成年後見人等の住所、氏名(例:横浜花子成年後見人〇〇〇)の記入及び成年後見人等の押印が必要です。また、併せて登記事項証明書のコピーを添付してください。

<参考>負担限度額(日額)

段階	対象者	負担限度額			
		部屋代	食費		
第1段階	・市民税非課税世帯(※1)で老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護等を受給されている方	多床室	0円	300円	
		従来型個室	(特養等)		320円
			(老健・療養等)		490円
		ユニット型個室の多床室	490円		
ユニット型個室	820円				
第2段階	市民税非課税世帯で、本人の預貯金等の合計額が基準額(※2)以下の方で、「合計所得金額と公的年金等収入額と非課税年金収入額」の合計が年間80万円以下の方	多床室	370円	390円	
		従来型個室	(特養等)		420円
			(老健・療養等)		490円
		ユニット型個室の多床室	490円		
ユニット型個室	820円				
第3段階	市民税非課税世帯で、本人の預貯金等の合計額が基準額以下の方で、第2段階以外の方	多床室	370円	650円	
		従来型個室	(特養等)		820円
			(老健・療養等)		1,310円
		ユニット型個室の多床室	1,310円		
ユニット型個室	1,310円				
第4段階	上記以外の方	・第4段階の方には負担限度額が設けられていません。 ・部屋代や食費は施設との契約によって決まります。			

※1・・・本人が属する住民基本台帳上の世帯(配偶者が別世帯にいる場合、その配偶者を含めます。)

※2・・・配偶者がいる場合は夫婦の合計額が2,000万円(単身の場合は、本人の額が1,000万円)