

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 横浜市

区長

年 月 日

食費及び部屋代に係る負担限度額認定のため、以下のとおり申請します。

記入者氏名	被保険者との関係
記入者住所	連絡先

※記入者が被保険者本人の場合、上の欄は記載不要です。

1 被保険者について

フリガナ			
氏 名	被保険者番号		
生 年 月 日	年 月 日		
現 住 所	☎ :		
介護保険施設の名称及び所在地※	個 人 番 号		
入所年月日※	※介護保険施設に入所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。		

2 配偶者について（被保険者と別世帯（世帯分離をしている）の場合や、内縁関係の場合も記入してください。）

配偶者の有無	どちらかを必ず丸で囲んでください。⇒ 有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の配偶者欄の記載は不要です。		
フリガナ			被保険者番号	
氏 名			生 年 月 日	年 月 日
現 住 所	被保険者と同じ ・ その他 ()			
1 月 1 日 時点の住所	現住所と同じ ・ その他 ()			
連 絡 先	☎ :	個 人 番 号		
被保険者との 世 帯 関 係	横浜市内（同一世帯） ・ 横浜市内（別世帯） ・ 横浜市内（同一世帯または別世帯）			

3 被保険者の資産状況等について

生活保護等を受給していますか。	はい ・ いいえ ・ わからない			
遺族年金、障害年金を昨年受給していましたか	はい ・ いいえ	受給している全ての遺族年金、障害年金の保険者に○をしてください。 ・ 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済 ・ その他 ()		
⇒（「はい」の場合）年金保険者への届出住所	現住所と同じ ・ その他 ()			
被保険者及び配偶者の資産の金額を記入してください。		預貯金※1	その他※2(信託・有価証券・現金・負債など)	合計額
※定期預金の有無を「有・無」のどちらかに○をつけてください。定期預金がある場合は、その金額も記入してください。 ※該当がない場合は「0円」と記入してください。	被保険者	普通	円	円
		定期有 ()	無	
	配偶者	普通	円	円
		定期有 ()	無	

※1 預貯金 …複数の口座をお持ちの場合は、すべての口座の残高を合計して記入してください。

※2 その他 …負債額は差し引いて計算し、ゼロを下回る場合はマイナス（－）をつけて記入してください。

裏面もありますので必ず記載をしてください。

認定結果				交付年月日		備 考	
☐ 認定（第 段階） ☐ 境界層該当（部屋代第 段階） （食費 第 段階） ☐ 非該当				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	受付
(個)				年 月 日 起案			
				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（別世帯の場合及び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 _____

<配偶者>

住 所 _____

氏 名 _____

(注)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。