＜令和8年度＞

第1号様式

ユニット型特別養護老人ホーム施設居住費助成申請書

（申請先）横浜市長　　令和　　年　　月　　日

以下のとおり、ユニット型特別養護老人ホーム施設居住費助成を申請します。
また、居宅介護（介護予防）支援事業者・サービス事業者に通知書の資格に関する情報を提供すること、この申告内容並びに本人及び配偶者の課税状況等について確認の必要がある場合には関係機関に調査・照会を行うこと及び本申告書を関係機関へ開示することに記名を以て同意します。

申請者 氏名		被保険者との関係	
申請者 住所	〒　　― 電話番号　　（　　）		

●被保険者について

フリガナ 被保険者 氏名		介護保険 被保険者番号	
		生年月日 （和暦）	（明・大・昭） 年　月　日
被保険者 住所	〒　　― 電話番号　　（　　）		

●配偶者※について（被保険者に配偶者がいる場合のみ記入）

フリガナ 配偶者 氏名		介護保険 被保険者番号	
		生年月日 （和暦）	（明・大・昭） 年　月　日
配偶者 住所	〒　　― 電話番号　　（　　）		

※配偶者…配偶者が被保険者と別世帯（世帯分離している）の場合や、内縁関係の場合も含みます。

●資産状況及び合計所得金額申告欄

	被保険者	配偶者
①預貯金	円	円
②信託及び有価証券	円	円
③その他(現金・負債を含む)	円	円
①＋②＋③の合計	④　円	⑤　円
④＋⑤の合計	円	

居住用不動産(土地(200㎡以下)及び家屋)以外の不動産所有の有無	□無　□有	合計所得金額 ※介護保険第２号被保険者のみ記入	円

（担当者欄）

状況調査	申請事由	□新　規　□更　新　□変　更（住所・氏名）　□再発行		
	配偶者の有無	□有　□無	資産基準	□基準超過　□基準以下
	要介護区分	事業 ・ 支１ ・ 支２ ・ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５		
	認定有効期間	年　月　日から　年　月　日まで		
	介護保険料段階	□該当（５・６・７）□２号　□非該当	介護保険料	□納付済　□未納
決定内容		承認する ・ 承認しない		
助成期間		年　月　日から　年　月　日まで		