

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		被保険者番号	
氏名			
生年月日		性別	
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 (被保険者に配偶者がいる場合のみ記入してください。)

フリガナ		被保険者番号	
氏名		生年月日	
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	
配偶者の世帯関係	横浜市内 (同一世帯) ・ 横浜市内 (別世帯) ・ 横浜市内外 (同一世帯または別世帯)		

※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まれます。

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			
昨年、非課税年金※1を受給していましたか。	はい ・ いいえ			
⇒ (「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※2、信託及び有価証券	その他※3 (現金・負債を含む)	合計額
	被保険者	円	円	円
	配偶者	円	円	円

※1 非課税年金…基礎・厚生・共済年金等の遺族年金や障害年金を指します。

※2 預貯金 …口座を複数保有している場合は、そのすべての合計額を記入してください。

※3 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。

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	受付
				年 月 日 起案			
				年 月 日 決裁			
(個)							

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 _____ 印

<配偶者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(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。

負担限度額認定証_____枚を受領しました。 年 月 日

氏名