

横浜市介護サービス自己負担助成認定申請書

(申請先) 横浜市 長

「居宅介護(介護予防)支援事業所・サービス事業者へ、証の資格に関する情報を提供すること」、「申請に係る所得要件等の審査のために、関係機関へ税等の調査・照会を行うこと」及び、「虚偽又は錯誤があった場合は、助成金を返還すること」に同意し、次のとおり申請します。
また、グループホーム助成・施設居住費助成の申請において、私は税法上の被扶養者ではありません。

申請書の太枠内(申請する助成内容の区分、申請する方の住所・氏名等)をご記入ください。

申請する助成内容の区分	<input type="checkbox"/> 在宅サービス助成 <input type="checkbox"/> グループホーム助成 <input type="checkbox"/> 施設居住費助成(ユニット型個室)		
申請区	横浜市	区	申請日 年 月 日

被保険者	住所	〒 -		
	(フリガナ)氏名	<input type="checkbox"/> ※日中連絡の取れる番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 電話 ()		

押印に代えて、上の氏名欄へご署名いただくことでも申請が可能です。その場合は、被保険者本人が氏名欄にフルネームを自署してください。

※申請者が被保険者以外の場合は、記入してください。

窓口に来た人又は申請者	住所	本人との関係		1 家族 2 ()
	氏名	<input type="checkbox"/> ※日中連絡の取れる番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 電話 ()		

「振込先」が前回と同じ口座の場合は、更新に○をしてください。

介護保険被保険者番号				生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	
振込先	更新	銀行 金庫 組合 本店			口座番号 (右詰めでご記入ください)		
		金融機関コード	支店コード		普通		
		口座名義人 (カタカナ)					

被保険者と異なる名義人口座への振込の場合に記入、押印をしてください。

委任欄	私は、次の者に介護サービス自己負担助成制度による助成金の受領に関する一切の権限を委任します。		
	受任者 (口座名義人)	(住所) (氏名)	委任者 (被保険者)

※助成証	枚を受領しました。	年 月 日	氏名
------	-----------	-------	----

<処理欄>				確認書類	運転免許証・パスポート・在留カード・保険証・介護保険証 個人番号カード・その他()			
1	申請事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	6	保険料1段階(生保以外)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
2	収入基準	<input type="checkbox"/> 基準超過 <input type="checkbox"/> 基準以下	7	送付先	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
3	資産基準	<input type="checkbox"/> 基準超過 <input type="checkbox"/> 基準以下	8	【G/施】税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
4	生活保護	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	9	【G】3か月以上住民登録	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
5	低所得者減免有かつ未納有	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	10	【施】負担限度額認定証(1・2)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
助成期間		開始 年 月 日	終了 年 月 日	現物給付開始月	年 月			
段階	高額判定区分	<input type="checkbox"/> ロ	<input type="checkbox"/> テ・4・ミ・ネ	<input type="checkbox"/> ヒ	<input type="checkbox"/> その他			
	= 助成段階	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 非該当			
要介護状態区分		<input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
認定有効期間		年 月 日から	年 月 日まで	世帯構成員数	人			
課長	係長	担当	証交付	年 月 日	入力処理			
			起案	年 月 日	受付			
			決裁	年 月 日				
備考								