

介護保険 「負担限度額認定」申請について（更新のご案内）

現在お持ちの介護保険「負担限度額認定証」（介護保険施設等を利用する場合の居住費と食費を軽減する制度。水色の証）の有効期間が令和5年7月31日をもって満了となります。

つきましては、令和5年8月以降も以下の対象施設を利用することが見込まれる場合は、更新の手続きを行ってください。

【対象の施設利用サービス】

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護

【対象者の要件】

利用者 負担段階	対象となる人	
	所得の状況	預貯金等の金額 (夫婦の場合)
1段階	生活保護を受給している人	—
	老齢福祉年金を受給している人	1,000万円(2,000万円) 以下
2段階	合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以下の人	650万円(1,650万円) 以下
3段階①	合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下の人	550万円(1,550万円) 以下
3段階②	合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超の人	500万円(1,500万円) 以下

※ 世帯分離をしていても、配偶者の方が市町村民税非課税であることが条件です。

※ 40歳から64歳の人^の預貯金等の金額は所得の状況に関わらず1,000万円以下（夫婦の場合は2,000万円以下）となります。

【提出方法】

郵送または持参 ※窓口の混雑防止のため、郵送での提出にご協力ください。

【提出先】

最寄りの区役所の長寿保険課 介護保険グループ

※住所については、「減免・減額 更新のお知らせ」の問い合わせ先をご参照ください。

【提出期限】

令和5年7月31日（月）

【申請に必要なもの】

- ①同封の介護保険負担限度額認定申請書（必要事項を記入）
- ②氏名が自署でない場合、本人及び配偶者（有の場合）の認印
- ③本人及び配偶者（有の場合）の資産状況を確認できるものの写し
 - ・預貯金（普通・定期）… すべての通帳の写し（以下のようにページの写しをお願いいたします）
 - ・有価証券・投資信託… 有価証券を管理する証券会社や銀行の口座残高の写し

通帳は以下のように、口座情報、取引状況、口座残高が確認出来る箇所の写しをご提出ください

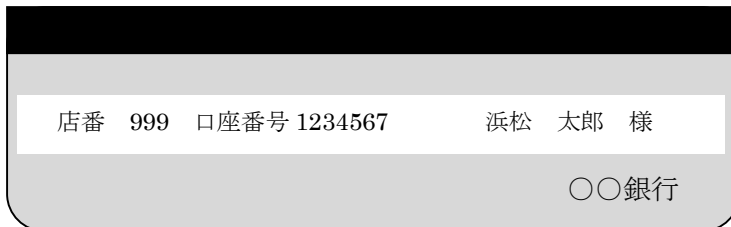


要注意じゃ!!

※写しを取る前に、必ず記帳をしてください。

㊦表面

※ゆうちょ銀行は口座番号の記載が表紙に無いので、表紙と2ページ目の写しを提出してください。



①記帳されているページ（原則申請される日から直近2カ月間の取引がわかるもの）

普通預金			
年月日	お支払い金額	お預り金額	残高
05-03-01	50,000	カード	398,000
05-04-14	年金	78,000	476,000
05-05-02	70,000	カード	406,000
05-06-01	30,000	カード	376,000
05-06-15	年金	78,000	454,000

直近2カ月間の取引がわかる部分

㊦定期預金のページ

（※総合口座の場合は定期預金がない方も、ないことの確認をするため、空欄のページの写しの提出をお願いいたします）

ご継続	スーパー定期	05-04-01	0.025%
04-04-01	¥1,000,000		¥1,000,000
ご解約			
05-04-01	¥-1,000,000		¥0

個人情報は、「浜松市個人情報保護条例*」に基づき取扱います。また、今回提供していただいた個人情報を、他の目的で使用することはございません。

※条例の閲覧につきましては、各区の情報コーナー、協働センター、図書館へ例規集を配布するとともに、市のホームページ（浜松市の条例・規則）にて公開しております。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

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。

太枠の中を記入してください。(裏面あり)

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	氏 名		電話番号		
	住 所			被保険者から みた関係	
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号		
フリガナ			個 人 番 号		
(署名又は記名押印をしてください。)					
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生				
住 所	〒		電話番号 () —		
介護保険施設等の 名称及び所在地	〒		電話番号 () —		
入 所 (院) 年 月 日 (※)	年 月 日		※ 介護保険施設に入所 (院) しない場合や ショートステイ利用の場合には記入不要		
配偶者に関する事項	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、記載不要です。	
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名	個人番号			
	住 所	〒		電話番号 () —	
	本年 1 月 1 日 現在の住所	(現住所と異なる 〒 場合に記載)			
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			
収入等及び 預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市民税非課税世帯に属する者である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下 <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small> <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650 万円 (夫婦は 1,650 万円) 以下 <small>※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下</small>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下 <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円 (夫婦は 1,550 万円) 以下 <small>※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下</small>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超える <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円 (夫婦は 1,500 万円) 以下 <small>※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下</small>			
預貯金等に 関する申告	◆預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 ※内容を 記載
	現 金	円	負 債	円	※ () 円

【裏面へ続く】

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(通帳の表紙・有無にかかわらず定期預金のページ・申請日の直近2ヶ月前から最終残高までを確認できるページを揃えて、本人と配偶者分を添付してください。)
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

浜松市長

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、報告を求めることに同意します。

また、貴市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

(署名又は記名押印をしてください。)

《配偶者》

住 所

氏 名

(署名又は記名押印をしてください。)

浜松市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		利用者負担段階 1・2・3-①・3-②・4	
適用年月日	1 生活保護受給	有・無	4 配偶者課税状況	課税・非課税
年 月 日	2 老福年金受給	有・無	5 預貯金等超過	有・無
から	3 世帯課税状況	課税・非課税	6 給付額減額状況	有・無
有効期限	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日				
まで				

介護保険負担限度額認定申請書

窓口申請にこられた方の氏名、日中連絡が取れる電話番号、住所、被保険者との関係を記入してください。

(あて先) 浜松市長
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。

太枠の中を記入してください。(裏面あり)

申請者 (被保険者本人の場合記載不要)	氏名	浜松 次郎	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	住所	××市△△区□□町123	被保険者からみた関係	長男		
被保険者氏名			被保険者番号			
フリガナ ハマ Mats タロウ			0	0	1	
浜松 太郎 (署名又は記名押印をしてください。)			2	3	4	
			5	6	7	
			8	個人番号		
生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日生					
住所	〒430-〇〇〇〇 ××市△△区□□町123		電話番号(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇			
介護保険施設等の名称及び所在地	〒 () 番号 () -					
入所(院)年月日(※)	施設に入所(院)しない場合や、施設内サービス利用の場合には記入不要					
配偶者に関する事項	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、記載不要です。		
	フリガナ	生年月日	明・大・昭	年	月 日	
	氏名	個人番号				
	住所	電話番号 () -				
	本年1月1日現在の住所	場所				
	課税状況	市町村民税 課税				
右枠内の2項目、両方ともに該当しない場合は、対象外となります(片方のみ該当の場合は、対象外です)。	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。		年金受給者 (万円) 以下		
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下 ※65歳未満の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		以下		
	<input type="checkbox"/>	預貯金等に関する事項を記入してください。預貯金のほかに現金・有価証券・負債等を所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。通帳の写しは、①表紙、②定期預金のページ(有無にかかわらず)、③申請日の直近2ヶ月から最終残高の確認できるページを揃えて、本人分と配偶者分を添付してください。		合計所得金額 万円以下		
	<input type="checkbox"/>	◆預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり		合計所得金額 万円以下		
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	※ () 円	
	現金	円	負債	円	※内容を記載	

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

個人番号は記載がなくても受け付けます。

配偶者の有無を記入してください。“有”の場合には配偶者に関する事項を記入してください。

配偶者の課税状況を記入してください。※配偶者が市民税課税の場合には対象外となります。

非課税年金を受給されている場合には【遺族年金・障害年金】のどちらかに○を付けてください。

右枠内の2項目、両方ともに該当しない場合は、対象外となります(片方のみ該当の場合は、対象外です)。

預貯金等に関する事項を記入してください。預貯金のほかに現金・有価証券・負債等を所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。通帳の写しは、①表紙、②定期預金のページ(有無にかかわらず)、③申請日の直近2ヶ月から最終残高の確認できるページを揃えて、本人分と配偶者分を添付してください。

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(通帳の表紙・有無にかかわらず定期預金のページ・申請日の直近2ヶ月前から最終残高までを確認できるページを揃えて、本人と配偶者分を添付してください。)
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

浜松市長

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、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告すること
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。

日付を記入してください。

〇〇年 △△月 ××日

《本人》

住所 ××市△△区□□町1

氏名 浜松 太郎

浜松

(署名又は記名押印をしてください。)

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

《配偶者》

住所 ××市△△区□□町123

氏名 浜松 花子

浜松

(署名又は記名押印をしてください。)

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		利用者負担段階 1・2・3-①・3-②・4	
適用年月日	1 生活保護受給	有・無	4 配偶者課税状況	課税・非課税
年 月 日	2 老福年金受給	有・無	5 預貯金等超過	有・無
から	3 世帯課税状況	課税・非課税	6 給付額減額状況	有・無
有効期限	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日				
まで				

浜松市記入欄