

申請書 記入見本

太枠内は必ずご記入ください

裏面もご覧ください

表面

本人の氏名・生年月日・住所・介護保険の被保険者番号をご記入ください。個人番号が不明な場合は、空欄で差し支えありません。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号	0000
生年月日	年	月
住所	利用施設名を記入し、利用サービスに○をつけてください。	
介護保険加入の所在地及び名称	(特養・老健・療養・医療・地域密着型特養・短期・未定)	
加入(脱)年月日	年	月

利用施設名を記入し、利用サービスに○をつけてください。

配偶者の有無	有	無	記載に際しては、以下の欄を併せて記入してください。
--------	---	---	---------------------------

配偶者の「有・無」は必ず○をしてください。「有」の場合は、引き続き配偶者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

氏名	生年月日	年	月	日
住所	本年1月1日現在の住所	市町村民税	課税	状況

☑ とそれぞれの「合計金額」を必ずご記入ください。該当額がない場合は「0円」または「なし」とご記入ください。

収入等に関する事項	<input type="checkbox"/> ① 生活保護受給者 / ② 市町村民税は非課税 <input type="checkbox"/> ③ 市町課税年合計額 <input type="checkbox"/> ④ 市町課税年合計額 <input type="checkbox"/> ⑤ 市町課税年金収入額と合計額 <input type="checkbox"/> ⑥ 預貯金、有価証券等の合計額 <input type="checkbox"/> ⑦ 収入等に関する事項
所得金額に関する事項	① 100万円未満 ② 100万円以上150万円未満 ③ 150万円以上200万円未満 ④ 200万円以上250万円未満 ⑤ 250万円以上300万円未満 ⑥ 300万円以上350万円未満 ⑦ 350万円以上400万円未満 ⑧ 400万円以上450万円未満 ⑨ 450万円以上500万円未満 ⑩ 500万円以上

申請者氏名	連絡先
申請者住所	

「連絡先」には、申請について問い合わせが必要な際、ご返答いただける方の番号をご記入ください。

裏面

同意書

品川区長 様

介護保険負担額算定のために必要あるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（下同じ）の連絡状況に同意します。また、品川区長の懸念している旨を銀行等に依って概

本人・配偶者の住所・氏名でご記入ください。

年月日	本人住所
	氏名
	配偶者住所
	氏名

成年被後見人の場合は

「(被成年後見人名) 成年後見人 ●● ●●」でご記入ください

※登記事項証明書に記載された成年後見人名等でご記入ください。(登記事項証明写し添付)

申請日	年 月 日	有効期間	年 月 1日 ~ 年 月 31日
申請方法	郵送・窓口	郵送・窓口	郵送・窓口
個人番号カード、住民カード、マイナンバーカード	個人番号カード、住民カード、マイナンバーカード	個人番号カード、住民カード、マイナンバーカード	個人番号カード、住民カード、マイナンバーカード
介護保険料	介護保険料	介護保険料	介護保険料
介護保険料	介護保険料	介護保険料	介護保険料
介護保険料	介護保険料	介護保険料	介護保険料

申請前に再度 必要書類等に不足がないか ご確認ください。

▶申請書の記入もれ（表面・裏面）はありませんか（別紙 1 この表面を参照）

※ 預貯金等に関する申告欄の金額も、忘れずにご記入ください。

▶添付書類はすべてそろっていますか（別紙 2 を参照）

本人および配偶者（内縁含む）の預貯金等のコピー

名義人および取扱い金融機関等がわかるページや証書

預貯金の場合は申請時点から直近 2 か月の取引がわかるページ

有価証券・投資信託等は口座残高がわかるもの。負債がある場合は借用証書など

身元確認資料のコピー（本人および申請者の 免許証・保険証等）

- ・ 郵送される場合は、申請書と添付書類のコピーを忘れずに同封してください。
- ・ 窓口で申請される場合は、添付資料の原本をご持参いただければ職員が確認の上、必要なページの写しを頂戴いたします。
- ・ ご不明な点がございましたら、下記担当係へお問い合わせください。

品川区役所 高齢者福祉課 介護給付係 電話 03-5742-6927