別記様式第23号（第８条関係）

**表　面**

介護保険負担限度額認定申請書

野々市市長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る介護保険負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の  代理人の氏名 |  | 被保険者  との関係 | １　家　族（続柄　　　　　　　）  ２　その他（　　　　　　　　　） |
| 被保険者の  代理人の住所 | 〒　　　　－  電話番号 | | |

※申請者が被保険者本人の場合、上記の代理人の氏名、被保険者との関係、住所の欄は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　 年　　 月　　 日 | | 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　－    電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）している介護  保険施設の所在地及び名称 | | （※）〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| （※）施設名 | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）  年　月　日 | （※） 昭和 ・ 平成 ・ 令和  年　　　　月　　　　日 | | ※欄は、介護保険施設に入所（院）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。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有 ・ 無 |  | | この申請書及び裏面の同意書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 配  偶  者  に  関  す  る  事  項 | フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 現住所　〒　　　　－  　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税 　　　　課税　・　 非課税　（いずれかに○をしてください） | | | | | | | | | | | | | | | |

**必ず裏面もご記入ください**

**裏　面**

≪注意事項≫

・該当する項目に○印、または□内に✓を記入してください。

・預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入してください。

・預貯金等の残高等がわかる通帳等の写しを添付してください。

・書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。

・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収  入等に  関する申告 | 非課税年金　受給の有無 | 有（遺族年金※１/障害年金）・ 無 | | 世帯の　課税状況 | □ 市町村民税　非課税 | | 生活保護　受給の有無 | 有 ・ 無 |
| 65歳以上の人  （年金収入額＋その他の  合計所得金額） | □　年額80万円以下　　　　 　　→　 かつ、預貯金等の合計が  650万円（夫婦は1,650万円）以下 | | | | | | |
| □　年額80万円超120万円以下 　→　 かつ、預貯金等の合計が  550万円（夫婦は1,550万円）以下 | | | | | | |
| □　年額120万円超　　　　　　　→　 かつ、預貯金等の合計が  500万円（夫婦は1,500万円）以下 | | | | | | |
| 65歳未満の人 | □　預貯金等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 | | | | | | |
| 預貯金額  （普通・定期等）　　　　　　　円 | | 有価証券  円 | | | その他（現金・負債を含む）※２  （　　　　　　　　　）　　　　　　　　円 | | |

※１ 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。

※２ その他の現金、負債等がある場合は、（　）内にその内容を記入してください。

|  |
| --- |
| 同　意　書  野々市市長　宛  私は、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。  なお、野々市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。  　また、私は、野々市市長がこの申請の結果及び負担段階の情報を、私が利用する介護保険施設、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターの関係者に対して提供することに同意します。  　　　年　　　月　　　日  ＜本　人＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞  住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　（署名又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

※市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理権確認 | 済・未済 | | | 被保険者証(介・国・後・他)､負担割合証､その他(個人番号通知ｶｰﾄﾞ､　　　 　 ) | | | | | | | | | |
| 身元確認 | 済・未済 | | | 運転免許証､被保険者証(介・国・後・他)､社員証､その他(負担割合証､　　　　 ) | | | | | | | | | |
| 月途中資格取得 | | | 有 (　　.　　.　　) ・無 | | | | 保険料滞納 | | 無 ・ 有 | | 生保 | 有 ・ 無 | |
| 【前年度照会】 | | 配偶者課税状況 | | | 有 ・ 無 | 非課税年金 | | 有 ・ 無 | | 預貯金 | | | 有 ・ 無 |