

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

《注意事項》

- ・該当する項目に○印、または口内に✓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 82 万 6,500 円以下		→ かつ、預貯金等の合計が 50 万円（夫婦は 1,650 万円）以下		
		☐ 年額 82 万 6,500 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>

住所
氏名

（署名又は記名押印）

<配偶者>

住所
氏名

（署名又は記名押印）