

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 | 〒 ー 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 | 〒 ー 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 | （※） 〒 ー （※） 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 〒 ー 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 | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 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 | |
| | | <input type="checkbox"/> 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 | |
| | | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | 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)

※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(個人番号通知カード、) | | | | |
| 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 |