

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 野田市長

令和 年 月 日



裏面もご記入
ください。

申請者 住 所
氏 名 本人との関係
電話番号

以下の通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。
(規則第83条の5第1号)

被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏 名			
住 所	連絡先 — —		
介護保険施設の 名称及び所在地 (※1)	施 設 名	☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設・介護医療院	
	所 在 地		
入所・入院日	年 月 日 (入所・入院日または入所・入院予定日)		

※1 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	「有」の場合は、以下について記入してください。	
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住 所	☐ 本人と同じ 連絡先 — —		
	1月1日現在の住所	☐ 同上		
	市区町村民税	課税 ・ 非課税		

非課税年金（遺族年金または障害年金）受給の有無	遺族年金 ^{※2} 受給有 ・ 障害年金受給有 ・ どちらも受給無
遺族年金または障害年金を受給している場合は、右欄から該当する「年金保険者」を選択してください。	☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済

※2 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。恩給、弔慰金、給付金は含みません。

収入・資産等に関する申告	☐	生活保護受給者 / 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者であり、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）以下です				
	☐	市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 80 万円以下、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）以下です				
	☐	市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 80 万円を超え 120 万円以下、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）以下です				
	☐	市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 120 万円を超え、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）以下です				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	() 円

●配偶者がいる場合は、本人及び配偶者の預貯金等の合計額を記入してください。

同意書

(宛先) 野田市長

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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人> 住所

氏名

<配偶者> 住所

氏名

- (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又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、全ての合計額を記入してください。また、配偶者がいる場合は、本人及び配偶者の預貯金等の合計額を記入してください。
- (3) 書ききれない場合には、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。
- (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。

市 記 載 欄	税個人	税世帯	税配偶者	給付制限	段 階					受付者
	非 課	非 課	非 課	無 有	1	2	3①	3②	4	
	課 税 年 金 収 入 + 合 計 所 得 + 非 課 税 年 金 収 入 / 資 産 額									
	生保 老福	1,000 万 → (2,000 万) 以下 超	80 万 以下	650 万 → (1,650 万) 以下 超	80 万超 120 万以下		550 万 → (1,550 万) 以下 超	120 万 超		500 万 → (1,500 万) 以下 超