**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

申請者　　住　　所

**裏面もご記入ください。**

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

＜配偶者＞　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** | |