

(表)  
介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 野田市長

年 月 日

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	年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所		連絡先	— —
介護保険施設の 名称及び所在地 (※1)	施 設 名	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人と同じ	連絡先	— —
	1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 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 <sup>※2</sup> 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。	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	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。

(裏)

## 同意書

(宛先) 野田市長

- 1 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。
- 2 市が保有する減額認定決定情報を申請時入所している介護保険施設に提供することに同意します。

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。