**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　月　　日

（申請先）

野木町長　　　　　　　　　　　様

　次のとお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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 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）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 　　　　　　　　　　電話番号 |
| 入所（院）年月日(※) | 昭 ・ 平　 　 年 　月 　日 | （※）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 | 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、記載不要です。 |
| 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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） |  |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　・　　非課税 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 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 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額８０万円以下です。 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額８０万円を超えます。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり |
| 預貯金額 | 　　　　　円 | 有価証券（評価概算額）　 | 円 | その他（現金・負債を含む）　　　　　　　　 | (　　　　　　)※円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名　　　　　　　 | 連絡先 |
| 申請者住所　　　 | 本人との関係　　 |

申請者が本人の場合には、下記について記載は不要です。

注意事項

（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、そのすべてを記入してください。

（３）　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上添付してください。

（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。

同　意　書

野木町長　様

　　　　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、野木町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。

　年　　月　　日

　　　　　＜ 本人＞

　　　　　　　　住所

　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　＜ 配偶者＞

　　　　　　　　住所

　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印