**盛岡市介護保険負担限度額認定申請書**

* 新規　□　更新

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （宛先）盛岡市長 | | | | | | | | | | 年度 | | | | | |
| 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 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名  （申請者） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | * 明　□　大　□　昭　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 □令　 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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　□　平   　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所  （同居の場合は記入不要） | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合） |  | | | | 本年１月１日（申請が１月から７月までの場合は前年１月１日）時点の住所を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　　課税　　　　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | 非課税年金受給 | | | | 有　 　無 | | | | | 「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに✓をしてください。 | | | | | | | | | | |
| 年金の種類 | | | | 遺族年金 　障害年金 | | | | | 年金保険者 | □日本年金機構 □国家公務員共済   * 地方公務員共済 □　私学共済 | | | | | | | | | |
| 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基準額以下です。（基準額は下記のとおり）  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準額 | | 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金の収入額の合計額が  ・80.9万円以下の場合　　　　　　　　　単身650万円（夫婦1,650万円）以下  ・80.9万円超～120万円以下の場合 　　 単身550万円（夫婦1,550万円）以下  ・120万円超の場合　　　　　　　　　　 単身500万円（夫婦1,500万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | その他  (現金・負債を含む) | |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 有価証券  (評価概算額) |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 合計 | |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・携帯・勤務先） |
| 提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）  〒 | 本人との関係 |
| 認定結果送付先（本人宛以外を希望される場合は✓をしてください。※✓のない場合は、本人宛にお送りします。）  　　　上記提出者あて　　　事業所あて（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

注意事項

(1)　この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2)　遺族年金には、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。

(3)　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、そのすべてを記入し、通帳等の写し(銀行名・支店名・名義・申請日から２ヶ月以内の最終残高が分かる部分)を添付してください。

(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。

**※裏面の同意書にも記入してください。**

同　意　書

（宛先）盛岡市長

　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。

　また、盛岡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。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（代筆者：　　　　　　　　　（続柄：　　　））

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | 備　　　考 | 受　付 | 入　力 | 確　認 |
|  |  |  |  |
| 資産区分 | 添付書類省略事由 | 施設入所 |
|  |  |  |