

盛岡市介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 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 被保険者氏名	被保険者番号														
	個人番号														
	生 年 月 日		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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 （※）	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		配偶者の有無が「無」の場合、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	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 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)	電 話 番 号														
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税															

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者														
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 82.65 万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※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。以下同じ。														
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。														
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 120 万円を超えます。														
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。														
		預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を 含む)	() ※ 円	※内容を記入してください。								
		合計額	円													

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	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。） <input type="checkbox"/> 上記提出者あて <input type="checkbox"/> 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、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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

※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:))

	備考	受付	入力	確認
保険者 確認欄				
		資産区分	添付書類省略 事由	施設入所