

(表面)

# 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

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。

年度

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	<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"/> 昭 <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	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	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税																		

収入等に関する申告	非課税年金受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金	年金保険者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済																		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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 ・80万円以下の場合 単身650万円(夫婦1,650万円)以下 ・80万円超~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。)																					
<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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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