様式第24号（第15条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険負担限度額認定申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ㊞　 | 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 |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒　　　　　　　　　　　　　　 　　　　電話番号 | ※介護保険施設に入所（入院）していない場合は記入不要です。 |
| 入所（院）年月日（※） | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入に関する申告 | □ | 生活保護受給者または市（区）町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者です。 |
| □ | 市（区）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（区）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・負債含む)※内容を記入してください | ※(　　　　　　　　)　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | 有 ・ 無 | 左記において「無」の場合は、配偶者に関する事項は記入不要です。 |
| 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 |
|  |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　電話番号 |
| 本年１月１日現在の住所※上記住所と異なる場合は記入） |  |
| 課税状況 | 市（区）町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 |

 |

盛岡北部行政事務組合　管理者　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 |

被保険者以外が申請する場合、下記について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関　係 |  |
| 申請者住　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

≪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、同じ種類の預貯金を複数所有している場合は、その全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写し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）

|  |
| --- |
| **同　意　書**盛岡北部行政事務組合管理者　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、照会することに同意します。また、盛岡北部行政事務組合管理者の報告要求に対し、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。　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［本人］　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［配偶者］　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　考 |
| 　　　年　　月　　日 | （所得等の分布状況を記入）１非課税世帯であって老齢福祉年金受給者　　２生活保護受給者３市（区）町村民税非課税世帯であって、合計所得と課税年金収入額の合計額が年額８０万円以下の者４市（区）町村民税非課税世帯であって、３に該当しない者５市（区）町村民税課税世帯又は別世帯の配偶者が課税の者、一定額以上の預貯金等がある者６その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 適用年月日 |
| 　　　年　　月　　日 |
| 有効期間 |
| 　　　年　　月　　日 |

　※組合記入欄