

市町村受付印

広域連合受付印

介護保険負担限度額認定申請書（新規・更新）

沖縄県介護保険広域連合長 様 年 月 日

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                      |                      |  | 個人番号   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                        | 明・大・昭 年 月 日          |  | 性別     | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                         | 〒 連絡先                |  |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)介護保険施設所在地、名称及び入所(院)年月日 | 〒 入所(院)年月日 年 月 日 連絡先 |  |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                        |       |                             |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------|-------|-----------------------------|------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無    | 有 ・ 無                  |       | 「無」の場合、以下「配偶者に関する事項」記載不要です。 |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                    | 〒 連絡先 |                             |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 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         |       |                             |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|               |                                                      |  |                                                            |  |                                                              |             |   |               |   |
|---------------|------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|-------------|---|---------------|---|
| 預貯金・収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> ① 生活保護受給者／老齢福祉年金受給者         |  | <input type="checkbox"/> ① 預貯金等合計額は1,000万円(夫婦2,000万円)以下です。 |  | <input type="checkbox"/> 【遺族年金※・障害年金】を受給しています。【】内に○を付けてください。 |             |   |               |   |
|               | <input type="checkbox"/> ② 収入等合計額※1は80万円以下です。        |  | <input type="checkbox"/> ② 預貯金等合計額は650万円(夫婦1,650万円)以下です。   |  |                                                              |             |   |               |   |
|               | <input type="checkbox"/> ③ 収入等合計額は80万円を超え、120万円以下です。 |  | <input type="checkbox"/> ③ 預貯金等合計額は550万円(夫婦1,550万円)以下です。   |  |                                                              |             |   |               |   |
|               | <input type="checkbox"/> ④ 収入等合計額は120万円を超えます。        |  | <input type="checkbox"/> ④ 預貯金等合計額は500万円(夫婦1,500万円)以下です。   |  |                                                              |             |   |               |   |
|               | ※1(課税年金収入＋遺族・障害年金収入＋その他合計所得)                         |  | 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 |

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|       |  |  |             |
|-------|--|--|-------------|
| 申請者氏名 |  |  | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 申請者住所 |  |  | 本人との関係      |

- (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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。  
(3) 有価証券等については証券会社や銀行の口座残高の写し、負債については借用証書等を添付してください。  
(4) 書ききれない場合は、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。  
(5) 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。

世帯の所得分布(市町村記入)

|                |                                       |                 |
|----------------|---------------------------------------|-----------------|
| 1 市町村民税 課税者    | 有 ・ 無                                 |                 |
| 2 合計所得金額(本人)   | 円                                     | ＋ 課税年金収入額(本人) 円 |
|                | ＋ 遺族年金※・障害年金収入額(本人) 円                 |                 |
| ＝ 合計(本人)       | 円 (※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 生活保護受給(本人)   | 有 ・ 無                                 |                 |
| 4 老齢福祉年金受給(本人) | 有 ・ 無                                 |                 |

|               |        |         |                                                                                                      |
|---------------|--------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 市町村・広域連合担当者印欄 | 市 町 村  | 広 域 連 合 | 備 考                                                                                                  |
|               | 申請内容確認 | 電算入力処理  | 申請内容確認 審査結果                                                                                          |
|               |        |         | 1. 利用者負担第1段階<br>2. 利用者負担第2段階<br>3. 利用者負担第3段階①<br>4. 利用者負担第3段階②<br>5. 利用者負担第3段階(特例減額措置)<br>6. 不承認 ( ) |