

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 ※1(課税年金収入+遺族・障害年金収入+その他合計所得) ※2寡婦・かん夫・母子・準母子・遺児年金含む	<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※2・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80.9万円以下です。		<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80.9万円を超え、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。		受給している全ての年金の保険者に○してください。 日本年金機構・地方公務員共済 国家公務員共済・私学共済
	<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。		
	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)

※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・広域連合記入欄	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	
担当者印	.	.	.	1. 利用者負担第1段階 2. 利用者負担第2段階 3. 利用者負担第3段階① 4. 利用者負担第3段階② 5. 利用者負担第3段階(特例減額措置) 6. 不承認 ()	