

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

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 被保険者氏名	コウイキ タロウ 広域 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
		個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
生 年 月 日	明 大・昭 15 年 12 月 20 日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒904-0398 沖縄県中頭郡読谷村字比謝町55番地 連絡先 000-000-0000		
入所(院)介護保険施設所在地、名称及び入所(院)年月日	〒000-0000 沖縄県〇〇〇市〇〇△△△番地 介護園 入所(院)年月日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 連絡先 000-000-0000		

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	コウイキ ハナコ	個人番号
	氏 名	広域 花子	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2
	住 所	〒904-0398 沖縄県中頭郡読谷村字比謝町55番地 連絡先 000-000-0000	生年月日
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 (同上)	明・大・昭 元 年 12 月 31 日
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	・ 収入額に☑をした同じ番号の預貯金額を確認して☑を入れる。 ・ 遺族年金・障害年金受給者は、【遺族年金・障害年金】に○をして、☑を入れる。受給している年金の保険者に○をつける。	

預貯金・収入等に関する申告	☐ ① 生活保護受給者／老齢福祉年金受給者	☐ ① 預貯金等合計額は1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。	☒ (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。
	☐ ② 収入等合計額※1は80.9万円以下です。	☐ ② 預貯金等合計額は650万円（夫婦1,650万円）以下です。	
	☒ ③ 収入等合計額は80.9万円を超え、120万円以下です。	☒ 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。
	☐ ④ 収入等合計額は120万円を超えます。	☐ ④ 預貯金等合計額は500万円（夫婦1,500万円）以下です。	日本年金機構・地方公務員共済 国家公務員共済・私学共済
※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	預貯金額 2,500,000 円	有価証券(評価概算額) 0 円	その他(現金・負債を含む) 0 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	広域 一郎	提出する方のお名前を記入してください。	連絡先(自宅・勤務先) 000-000-0000
申請者住所	沖縄県那覇市〇〇〇〇〇番地△△		本人との関係 長男

- (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 ()	