

介護保険負担限度額認定申請書（新規・更新）

記入例

令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

（申請先）  
 沖縄県介護保険広域連合長 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。

フリガナ 被保険者氏名	コウイキ タロウ		被保険者番号		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	広域 太郎		個人番号		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			生年月日		昭和15年12月20日									
住所	〒904-0398 沖縄県中頭郡読谷村字比謝町55番地										電話番号 000-000-000			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒000-0000 沖縄県〇〇〇市〇〇△△△番地 介護園										電話番号 000-000-000			
入所（院）年月日 （※）	〇〇年〇〇月〇〇日				（※）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	有 ・ 無		配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、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													
	氏名	広域 花子													
	生年月日	昭和20年12月31日	個人番号		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	住所	〒904-0398 沖縄県中頭郡読谷村字比謝町55番地										電話番号 000-000-000			
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と異なる場合）	〒 (同上)										電話番号			
課税状況	市町村民税 非課税		課税か非課税かを記入												

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。（受給している年金に〇してください）※令和7年度新規の場合、80.9万円以下となります。※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。以下同じ。													
	<input checked="" type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。※令和7年度新規の場合、80.9万円を超え120万円以下となります。													
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。													
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。													
	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						

申請者氏名	広域 一郎	申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。
申請者住所	〒900-0000 沖縄県那覇市〇〇〇〇〇番地△△	連絡先(自宅・勤務先) 000-000-0000
		本人との関係 長男

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、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。  
 (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。