

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	☐ 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。 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			
	☐ ② 収入等合計額※1は80万円以下です。		☐ 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。					
	☐ 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。					
	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		
	・ ・	・ ・	・ ・	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 ()		

同 意 書

沖縄県介護保険広域連合長 殿

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、信託会社その他の関係機関(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、報告を求めることに同意します。

また、貴広域連合長の報告要求に対し、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。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

〈代筆者〉

氏名

続柄