

介護保険負担限度額認定申請書（更新・新規）

(申請先)
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 被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
		生年月日							
住所	〒	電話番号							
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒	電話番号							
入所(院)年月日(※)		(※)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								
	氏名								
	生年月日		個人番号						
	住所	〒	電話番号						
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	電話番号						
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税							

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○してください) ※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 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。								
	<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	<input type="checkbox"/> 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	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	円	()※	※内容を記入してください	

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。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

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。

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・広域記入欄		市 町 村	広 域 連 合	備 考
	担当者印	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()