

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	(印)		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)した介護保険施設の所在地及び名称	〒 _____ 連絡先				
入所(院)年月日	昭・平・令	年 月 日	利用サービス (○で囲んで下さい。)	1. 短期入所 2. 介護保険施設入所	

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、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			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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり(被保険者および配偶者分)。	<input type="checkbox"/>	【遺族年金・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
	預貯金金額	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

- (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 4. 利用者負担第3段階(特例減額措置) 5. 不承認(世帯課税)