副参事	事決	グループ長	担当

介護保険負担限度額認定申請書

令和　8　年度

（　新規　・　更新　）　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（申請先）那覇市長

関係書類を添えて、次のとおり食費・居住費（滞在費）に係る介護保険負担限度額認定の申請をします。

被保険者氏名		被保険者番号	
		~~個人番号~~	
生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日		
住　所			
介護保険施設の名称			
入所年月日	年　　月　　日	※ショートステイの利用、介護保険施設が決まっていないとき、更新申請のときは左の欄は記載不要です。	

配偶者の有無		有　・　無	※配偶者無しの場合は、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	ふりがな 氏名		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日
	住　所			
	課税状況	市町村民税（課税・非課税）	~~個人番号~~	

収入等に関する申告 （当てはまる項目にチェックをつけてください）	☐	生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者				
	☐	市町村民税の非課税世帯であって、公的年金（非課税年金を含む）収入金額と、その他合計所得金額の合計金額が**年額８２.６５万円以下**かつ預貯金額が**６５０万円（配偶者がいる場合は合算して１６５０万円）以下**です。				
	☐	市町村民税の非課税世帯であって、公的年金（非課税年金を含む）収入金額と、その他合計所得金額の合計金額が**年額８２.６５万円超１２０万円以下**、かつ預貯金額が**５５０万円(配偶者がいる場合は合算して１５５０万円)以下**です。				
	☐	市町村民税の非課税世帯であって、公的年金（非課税年金を含む）収入金額と、その他合計所得金額の合計金額が**年額１２０万円超**、かつ預貯金額が**５００万円（配偶者がいる場合は合算して１５００万円）以下**です。				
		※非課税年金を受給している場合、その年金の種類 【障害年金　・　遺族年金　・　その他（　　　　　　　　）】				
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金等）	円

同意欄	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、信託会社その他の機関に私及び私の配偶者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、照会することに同意します。 本人氏名	※配偶者がいる場合のみ記入 配偶者氏名

申請者氏名	連絡先(電話)
申請者住所	本人との続柄

※注意事項
（１）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）預貯金については同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
（３）虚偽の申告により不正に特定入居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。

送付（　）　社福（　）　（窓・郵）　（１・２・３①・３②・４）