

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年度

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	那覇 花子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		個人番号										
生年月日	明治・大正・昭和 10 年 1 月 1 日											
住 所	那覇市〇〇1丁目1番地											被保険者番号の記載がある場合、個人番号は記載不要です。
介護保険施設の名称	特別養護老人ホーム〇〇											
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・課税状況が分からない場合は												
配偶者に関する事項	ふりがな氏名	那覇 太郎											個人番号がわからない場合は記載不要です。
	住 所	那覇市〇〇一丁目一											
	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)	<input type="checkbox"/>	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										
	<input type="checkbox"/>	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80万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。										
	<input type="checkbox"/>	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80万円超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。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税その他合計所得金額が550万円以下(配偶者がいる場合は合算して1550万円)以下です。 ※非課税年金(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	1,200,000 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金等)	0 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利用し、照会することにより、本人(配偶者)の記入が必要です(代筆可) 場合のみ記入											
	本人氏名	那覇 花子										配偶者氏名

申請者氏名	那覇 一郎											連絡先(電話)	098-〇〇-□□
申請者住所	那覇市〇〇											本人との続柄	子

※注意事項

- (1) 申請書における「配偶者」については、世帯員として同一種類の預貯金等を複数申告してはならない。
- (2) 虚偽の申告により不正に特定入居者介護サービスを受け、支給された額及び最大月額が超過した場合は、返還請求の対象となる。
- (3) 第2号被保険者については、預貯金条件は、第2号被保険者の収入等に関する申告に基づき、支給された額及び最大月額が超過した場合は、返還請求の対象となる。

申請者とは、申請書を記入した方です。

第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大月額が超過した場合は、返還請求の対象となる。