

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

沖縄市長 殿

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	オキナワ タロウ	被保険者番号	12345678
被保険者氏名	沖縄 太郎	個人番号	
生年月日	昭和 10 年 10 月 10 日		
住 所	〒904-8501 沖縄市仲宗根町26-1 連絡先 098-939-1212		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	沖縄県沖縄市123番地 特別養護老人ホーム0000 連絡先 098-939-0000		
入所(院)年月日(※)	令和 5 年 4 月 8 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	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	オキナワ ハナコ	
	氏 名	沖縄 花子	
	生年月日	昭和 15 年 8 月 10 日	
	住 所	〒904-8501 沖縄市仲宗根町26-1 連絡先 098-939-1212	
	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・県民税 課税	非課税

収入等に関する申告	☐	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					
	☐	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80万円以下です。					
	☒	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80万円を超え120万円以下です。					
	☐	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	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。					
	預貯金金額	1, 000, 000円	有価証券 (評価概算額)	0円	その他 (現金・負債を含む)	()	※ 0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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	沖縄 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	098-939-1212
申請者住所	沖縄市仲宗根町26-1	本人との関係	長男

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) 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。

同意書

沖縄市長 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、沖縄市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 6 年 7 月 2 日

<本人>

住所: 沖縄市仲宗根町26-1

氏名: 沖縄 太郎

<配偶者>

住所: 沖縄市仲宗根町26-1

氏名: 沖縄 花子

<代筆者:親族>

住所: 沖縄市仲宗根町26-1

氏名: 沖縄 一郎 続柄: 長男

代筆理由: 本人が施設入所中で来所が困難なため