

介護保険負担限度額認定申請書（記入例）

うるま市長 殿

平成 28 年 7 月 15 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	ウルマ イチロウ					保険者番号						4	7	2	1	3	4			
被保険者氏名	うるま 一郎					被保険者番号					0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
						個人番号					0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	明・大・昭 3 年 3 月 31 日生					性別					男					女				
住所	〒 904 - 2292 沖縄県うるま市みどり町1-1-1										連絡先					973-3208				
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 111 - 1111 沖縄県うるま市123番地 特別養護老人ホーム〇〇〇										連絡先					973-0000				
入所(入院)年月日	平成 28 年 8 月 1 日					利用サービス					介護保険施設入所					短期入所				

※ 介護保険施設に入所（院）しない場合には、施設所在地及び名称の記入は不要です。

本人の収入等に関する申告	老齢福祉年金の受給		有 ・ 無			生活保護の受給					有 ・ 無				
	非課税年金の受給	種類	遺族年金※ ・ 障害年金 ・ 受給なし												
		年金保険者	日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済												

※ 遺族年金には、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。

配偶者に関する事項	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。													
	フリガナ	ウルマ ハナコ					生年月日	明・大・昭・平 6 年 6 月 1 日生												
	氏名	うるま 花子					個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	住所	〒 904 - 2292 沖縄県うるま市みどり町1-1-1										連絡先					973-3208			

※ 「配偶者」とは、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含む。

預貯金等に関する申告 (被保険者及び配偶者)	預貯金額	1,500,000 円			有価証券 (評価概算額)	0 円				
	その他 (現金等)	0 円			負債	内容	(住宅ローン)			
					金額	500,000 円				

※ 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入すること。

同意書

食費・居住費にかかる負担限度額認定の決定のために必要のある時は、私を含む世帯員及び配偶者（内縁関係の者を含む。）の住民情報、課税状況、保有する預貯金並びに有価証券の残高について、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他関係機関に対して照会を行うこと、及び当該申請に対する決定事項について、私の介護サービス等を提供する施設及び介護支援専門員に対して、うるま市が情報を提供することに同意します。

なお、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。

<本人> 住所： 沖縄県うるま市みどり町1-1-1 <配偶者> 住所： 沖縄県うるま市みどり町1-1-1
 氏名： うるま 一郎 ① 氏名： うるま 花子 ①

<申請者> ※申請者が被保険者本人または配偶者の場合は記載不要。
 住所： 沖縄県沖縄市5-6-7 連絡先： 999-9999
 氏名： うるま 次郎 ① 本人との続柄： (弟)

市記入欄	受付者	入力者	判定	※	境界層該当 特例減額措置	交付方法	窓口交付 申請者郵送	本人(配偶者)郵送 施設郵送
------	-----	-----	----	---	-----------------	------	---------------	-------------------