

様式第16号（その1）

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

糸 満 市 長

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	イトマン タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	糸満 太郎	個人番号										
生 年 月 日	明・大・ 昭 5 年 5 月 5 日											
住 所	糸満市潮崎町1丁目1番地 糸満園	連絡先	〇〇〇-□□△△									
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	糸満市潮崎町1丁目1番地 糸満園	連絡先	〇〇〇-□□△△									
入所（院）年月 日（※）	令和 年 〇月 〇〇日	（※）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。										
フリガナ	イトマン ハナコ												
氏 名	糸満 花子												
生 年 月 日	明・大・ 昭 8 年 8 月 8 日	個人番号											
住 所	糸満市字糸満〇〇〇〇番地											連絡先	〇〇〇-××××
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									

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80万9千円以下です。 （受給している年金に〇して下さい。以下同じ。） ※ 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。以下同じ。											
	☐	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80万9千円を超え、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額が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550万円）、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。												
	預貯金額	1,234,567 円				有価証券 （評価概算額）	0 円		その他 （現金・負債を含む）	0 円 ※			
※内容を記入して下さい													

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	糸満 一郎	連絡先（携帯・自宅・勤務先）	〇〇〇-××××
申請者住所	糸満市字糸満〇〇〇〇番地	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。

個人番号については空白可
（記入する場合は、番号確認書類持参。）

入所（院）年月日は、不明であれば空白可

配偶者（夫もしくは妻）がいる方は、必ず記入してください。
すでに死別している場合、記入は不要です。

配偶者には、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。

DV防止法における配偶者の暴力があった場合や行方不明の場合などは含めません。

「遺族年金」又は「障害年金」を受給されている場合は〇をつけてください。
弔慰金（戦争遺族への給付金等）は遺族年金に含まれません。

あてはまる項目に✓をしてください。

どなたが手続きをされたか記入をお願いします。
郵送申請も可能です。

複数の預貯金がある場合は合計額（ご夫婦の合計額）になります。