

申請理由

☐ 世帯全員が市民税非課税

☐ 課税層特例措置

介護保険負担限度額認定申請書

更 新

フリガナ			保険者番号						2	7	1	0	0	7						
被保険者氏名			被保険者番号																	
			個人番号																	
生 年 月 日	明・大・昭	年		月		日	性 別	男 ・ 女												
住 所	〒																			
	電話番号																			
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☐ 短期入所利用 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設																			
介護保険施設の所在地及び 名 称	電話番号 ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。																			
入所年月日	年 8 月 1 日 ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。																			
配偶者 ※右欄において 「無」の場合は 記入不要です	有 ・ 無	フリガナ																		
		氏 名	男 ・ 女																	
		個人番号												生年月日	明・大・昭	年		月		日
		住 所	〒																	
			電話番号																	
		本年1月1日現在の 住所(現住所と異 なる場合)																		
大阪市介護保険 被保険者番号																				
収入等・預貯金等に関する申告		裏面申告書のとおり																		
大阪市長 上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号																				

【注意】 1. この申告書における「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. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

市 記入欄

提出者		委任状		提出者の確認				確認				
☐ 本人 ☐ 家族・親族 ☐ 代理人 ☐ 事業者 ☐ 成年後見人 ☐ その他		☐ あり ☐ なし		☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 医療被保険者証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他				☐ 税証明（他市に居住している配偶者） ☐ 通帳等の写し ☐ 同意書				
												提出方法
		☐ 窓口 ☐ 送付（郵送）										
								利用者負担段階				
								食費 ： 第 段階 居住費： 第 段階				
審 査		決 定		備 考					入力日			
本人世帯	非課税・課 税	承認・却下										
配 偶 者	非課税・課 税											
資 産	範囲内・超 過			決 裁 欄	担当課長	課長代理	担当係長	係員				
適 用 期 間												
年 月 日～												
年 月 日												