

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

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								
生年月日	明・大・昭	年		月		日	個人番号												
住 所	〒										電話番号								
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> 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								
入所年月日	年 月 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																	
		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			
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族・親族	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 税証明（他市に居住している配偶者）	<input type="checkbox"/> 通帳等の写し	<input type="checkbox"/> 同意書
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 事業者	<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> その他	提出方法							
		<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 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										
適 用 期 間				担当課長				係員			
年 月 日～											
年 月 日				決 裁 欄							

収入等申告書

1 市町村民税課税状況

本人世帯	課税	・	非課税	・	生活保護受給
配偶者	課税	・	非課税	・	生活保護受給

2 本人の非課税年金（遺族年金・障がい年金）基礎年金番号及び収入金額

基礎年金番号		年金収入金額	円
--------	--	--------	---

3 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

4 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

注1) 配偶者が、大阪市以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注2) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。