

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														
				個人番号														
生年月日	明・大・昭	年		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。)	<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																	
※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 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	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
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <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	<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
	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		決 裁 欄	
年 月 日～		担当課長	係員
年 月 日		課長代理	
		担当係長	

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 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			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 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			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。