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	
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。）	□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　　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

電話番号

氏　名

【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 提出方法 □ 窓口 □ 送付（郵送）	□ 運転免許証 □ 個人番号カード □ 介護保険被保険者証 □ 後期高齢者医療被保険者証 □ 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 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	担当課長 / 課長代理 / 担当係長 / 係員	
年　　月　　日～ 年　　月　　日					

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	□有 □無	預　貯　金　先	預貯金額
		〔　　支店〕	円
		〔　　支店〕	円
		〔　　支店〕	円
国債等	□有 □無	種　　類	評価概算額
			円
			円
その他	□有 □無		円
			円

4　配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内容	
預貯金	□有 □無	預　貯　金　先	預貯金額
		〔　　支店〕	円
		〔　　支店〕	円
		〔　　支店〕	円
国債等	□有 □無	種　　類	評価概算額
			円
			円
その他	□有 □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。