	_	=-	₽.	T	п	. 1	
н	н	Ξī	≕.	탸	н.	F	П
н	Н.	→ F		ν	⊢	П	

☑ 世帯全員が市民税非課税

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

フリガナ			ニシテ	. `. ¬	ハナ	_		Τ,	. н. н.	W									
		•	- 	7 4	7 ()	_		1	米険す	皆番号	-			2	7	1	0	0	7
被保険者氏名	,	西天偽 老子			被	好保険	者番-	号 1	2 3	4	5	6	7	8	9	0			
IX IX IX IX IX IX		_			16	•		個	人番号	} 0	9 8	7 6	5	4	3	2	1	0	1
生年月日		明・大昭 1	0 4	年	3 F]	3	Ħ	性	別		 男	ļ,	•		(J	3)		<u> </u>
		〒 541−0	0 4	1		施設力	所の場	合は	その診	核当する	る施設	の口に	短	期フ	\所	利用			
住 所		大阪市中央区	-		_	の場合	は短期												
								5	6	7 8	3								
申請時施設区2 (□にレをつり	分け	☑介護老人福祉	止施設	口介	護老人	保健	施設	口介	護療	養型	医療	施設		介護	医	療	完		
てください。)		□短期入所利力	刊	□地	域密着	型介記	護老人 [*]	福祉	施設										
介護保険施設	L Ž	大阪市中央区	北浜(\supset $ \triangle$	- _														
の所在地及び		中之島特別養	護老	人ホー	4			電	話番	号 0 <i>6</i>	(12.	3 4)	5	6 7	8		
名称		※この欄はク	護保	険施設	に入所	(入隊	完) し;	ない	場合	には	記入	不要で	ぎす。						
入所年月日		令和 3	年	2	月	1	日												
八川千月日		※この欄は介記	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。																
		フリガナ			3	ニシテ	・ンマ	g	ロウ										
		氏 名			西美	人满)	K È	ję.							(男	·	, 7	女
	(個人番号	9 8	7 6	5 4 3	3 2	1 0 !	9 8	生生		明・	大	8	年	£ 2	2)	月	10	日
配偶者	有)		Ŧc	00-	-000	0													
※右欄において	•	住 所	大阪	市北	Z ()() 1 -	– 2 –	- 3											
「無」の場合は	無	, ,,,,	3 (1.5)	. , , , ,						電話	番号	0 6	- 1	1	1 1	_	2 2	2 2	2
記入不要です		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	0	1 .	2 3	4	5	6	7	8	9								
		被保険者番号				7		0		o .									
収入等・預貯金	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		3 年 2	月	20	日														
申請者 住 所 大阪市中央区北浜〇一△一□																			
Д гри 1	電話番号 06-1234-5678																		
		氏 名 西方	天満	花	子														
【注意】1.この	由	生津における「記	記但去	17~1	\ ては	###/		てし	ハスボ	1個老	フルナけ	1級即	極の	去な	ン今	ムす	= +		

【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。

		→ 1 mm	•
Ŧ	- 크니	入欄	1
IIJ	mI /	ノ人们果	1

提出者	委任状		提出者の確認	確認	
□ 本人	□ あり	□ 運転	免許証	□税証明(他市に居住	している配偶者)
□ 家族・親族	□なし	□ 個人番号カード □通帳等の写し			
□ 代理人		□ 介護	保険被保険者証	□同意書	
□ 事業者	提出方法	□ 後期	高齢者医療被保険者証		
□ 成年後見人	□ 窓口	□その			
□ その他(□ 送付 (郵送)			利用者負担	担段階
				食費 : 第 段	階
				居住費: 第 段	階
審查	決 定				入力日
本人世帯 非課税・課 利	税	備			
配 偶 者 非課税・課 利	税 承認・却下	考			
資 産 範囲内・超 i	過				
適用	期間	— 決	担当課長 課長代理 担当係長	: 係員	
年 月	日~	裁			
年	月 日	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	0000-ΔΔΔΔΔΔ	年金収入金額	789,012円
--------	-------------	--------	----------

3 本人の預貯金等状況

区分	有無	内	容
		預 貯 金 先	預貯金額
預貯金	■有	みなみ銀行〔中央支	店〕 1,234,567円
1年71 平	□無	〔	店〕 円
		〔	店〕 円
	□有	種類	評価概算額
国債等			円
	■無		円
その他	□有		円
C VAILE	■無		円

4 配偶者の預貯金等状況

101111 13701 11 1 1000						
区分	有無	内	容			
		預 貯 金 先	預貯金額			
■有		みなみ銀行〔中央支店〕	54,321円			
預貯金	□無	きた銀行〔北支店〕	654,321円			
		〔	円			
	■有	種類類	評価概算額			
国債等		投資信託	987,654円			
		国債	876,543円			
その他	■有	タンス預金	65,432円			
- C V) IE	□無	住宅ローン	3, 456, 789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。