

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

記入例

フリガナ	ニシテンマ ハナコ		保険者番号	271007									
被保険者氏名	西天満 花子		被保険者番号	0012345678									
生年月日	明・大(昭) 10 年 3 月 3 日		個人番号	098765432101									
住 所	〒 541-0041 大阪市中央区北浜〇-△-□ 中之島特別養護老人ホーム		施設入所の場合はその該当する施設の□に、短期入所利用の場合は短期入所利用の□に レをつけてください。 電話番号 06 (1234) 5678										
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	大阪市中央区北浜〇-△-□ 中之島特別養護老人ホーム 電話番号06 (1234) 5678 ※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	令和 6 年 2 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 (有・無) ※右欄において「無」の場合は記入不要です	フリガナ	ニシテンマ タロウ											
	氏 名	西天満 太郎											
	個人番号	987654321098											
	生年月日	明・大(昭) 8 年 2 月 10 日											
	住 所	〒 000-0000 大阪市北区〇〇1-2-3 電話番号 06-1111-2222											
	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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
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 6 年 2 月 20 日 申請者 住 所 大阪市中央区北浜〇-△-□ 氏 名 西天満 花子 電話番号 06-1234-5678													

【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 ☐ 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)																					
審査		決定		備考				利用者負担段階															
								食費 : 第 段階 居住費 : 第 段階															
本人世帯	非課税・課税	承認・却下		担当課長				課長代理				担当係長				係員				入力日			
配偶者	非課税・課税																						
資産	範囲内・超過																						
適用期間																							
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	〇〇〇〇－△△△△△△	年金収入金額	7 8 9, 0 1 2 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
		みなみ銀行〔中央支店〕	1, 2 3 4, 5 6 7 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
		みなみ銀行〔中央支店〕	5 4, 3 2 1 円
		きた銀行〔北支店〕	6 5 4, 3 2 1 円
		〔 支店〕	円
国債等	☒ 有 ☐ 無	種 類	評価概算額
		投資信託	9 8 7, 6 5 4 円
		国債	8 7 6, 5 4 3 円
その他	☒ 有 ☐ 無	タンス預金	6 5, 4 3 2 円
		住宅ローン	3, 4 5 6, 7 8 9 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人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 2 2 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。