

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	2 7 1 0 0 7
被保険者氏名	西天満 花子										被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8
生年月日	明・大昭 10 年 3 月 3 日										個人番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1
住所	〒541-0041 大阪市中央区北浜○一△一										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。	
中之島特別養護老人ホーム											電話番号	06 (1234) 5678
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	<input checked="" 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	大阪市中央区北浜○一△一 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3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 ※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	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	生年月日	明・大昭 8 年 2 月 10 日								
	住 所	〒000-0000 大阪市北区○○1-2-3										
	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3年2月20日 申請者 住 所 大阪市中央区北浜○一△一 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	
<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 提出方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 送付（郵送）	<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"/> 税證明（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 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 配偶者 資産	非課税・課税 非課税・課税 範囲内・超過						
承認・却下							
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	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
	□無	〔 支店〕	円
	〔 支店〕		円
国債等	□有	種 類	評価概算額
	■無		円
			円
その他	□有		円
	■無		円

4 配偶者の預貯金等状況

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〕	54, 321円
	□無	きた銀行〔北支店〕	654, 321円
	〔 支店〕		円
国債等	■有	種 類	評価概算額
	□無	投資信託	987, 654円
		国債	876, 543円
その他	■有	タンス預金	65, 432円
	□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できます。

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。