

申請理由	
<input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税	
<input type="checkbox"/> 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。)	<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 <small>※右欄において「無」の場合は記入不要です</small>	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					
<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"/> その他（ <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 送付（郵送）		<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 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 稅	承認・却下							
配偶者	非課税・課 稅								
資 产	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	<input type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		[支店]	円
	<input type="checkbox"/> 無	[支店]	円
		[支店]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
			円
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		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	預 貯 金 先	預貯金額
		[支店]	円
	<input type="checkbox"/> 無	[支店]	円
		[支店]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
			円
	<input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		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。