

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。)	<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 ※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 氏名 電話番号																		

【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		<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"/> 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											
		提出方法																	
		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 送付(郵送)																	
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				担当課長				課長代理				担当係長				係員			
年 月 日 ~ 年 月 日				決裁欄															

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		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 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先	預貯金額
		[支店]	円
		[支店]	円
		[支店]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			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 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先	預貯金額
		[支店]	円
		[支店]	円
		[支店]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。