

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

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0								
生年月日	明・大(昭)	19	年	7	月	11	日	個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0	
住 所	〒 541-0041 大阪市中央区北浜〇一△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。																		
		電話番号 06 (1 2 3 4) 5 6 7 8																			
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	大阪市中央区北浜〇一△一□ 中之島特別養護老人ホーム 電話番号06 (1 2 3 4) 5 6 7 8 ※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	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)	20	年	2	月	2	日
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 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																			
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 申請者 住 所 大阪市中央区北浜〇一△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"/> 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						
		<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		決 裁 欄							
配偶者	非課税・課税										
資 産	範囲内・超過										
適 用 期 間											
令和〇〇年 8月 1日～ ～ 令和〇〇年 7月 31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 <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。