

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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|--------|---|------|---|---|---|---|------|-------|---|---|---|
| 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 | 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 | 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 <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 | 委任状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 提出者の確認 <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 | 確認 <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 本人世帯 非課税・課税 配偶者 非課税・課税 資産 範囲内・超過 | 決定 承認・却下 | 備考 | 入力日 |
| 適用期間 年 月 日～ 年 月 日 | 決裁欄 | 担当課長 | 課長代理 |
| | | 担当係長 | 係員 |

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 |
| 国債等 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 種 類 | 評価概算額 |
| | | | 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 |
| 国債等 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 種 類 | 評価概算額 |
| | | | 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。