

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 大阪府中央区北浜〇-△-□ 中之島特別養護老人ホーム		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 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	大阪府中央区北浜〇-△-□ 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	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 (有・無) ※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 大阪府北区〇〇1-2-3 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	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																				
<p>大阪市長</p> <p>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。</p> <p>令和 3 年 2 月 20 日</p> <p>申請者 住 所 大阪府中央区北浜〇-△-□ 電話番号 06-1234-5678</p> <p>氏 名 西天満 花子</p>																					

- 【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"/> 後期高齢者医療被保険者証 <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					利用者負担段階												
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 送付(郵送)					食費 : 第 段階 居住費 : 第 段階												
審 査	決 定	備 考	<table border="1"> <tr> <td>適用期間</td> <td>担当課長</td> <td>課長代理</td> <td>担当係長</td> <td>係員</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				適用期間	担当課長	課長代理	担当係長	係員	年 月 日 ~ 年 月 日					入力日	
適用期間	担当課長						課長代理	担当係長	係員									
年 月 日 ~ 年 月 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		決 裁 欄																
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	・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	・ 生活保護受給
配偶者	課税	・ <input checked="" type="radio"/> 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	〇〇〇〇-△△△△△△	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額
		みなみ銀行〔中央支店〕	1,234,567円
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額
		みなみ銀行〔中央支店〕	54,321円
		きた銀行〔北支店〕	654,321円
		〔 支店〕	円
国債等	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
		投資信託	987,654円
		国債	876,543円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	タンス預金	65,432円
		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。