

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

新規  
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																	
											個人番号																	
生年月日	明・大・昭	年		月		日	性別	男・女																				
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"/> 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	男・女																									
		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																											
(提出先) 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。 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名・印 _____ 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】

本人確認	必要書類	備考
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証等 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 税証明 (他市に居住の配偶者分)	

※住民票の登録地以外への送付は『送付先届』の提出が必要です

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
	生活保護	有・無
	境界層	有・無

決定	承認(食費・居住費：第 段階・境界層)・却下( ) 年 月 日 ~ 年 月 日					
	課長	課長代理	担当係長	係員	入力	発送
決裁					/	/

