

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

**記入例**

書

新規  
更新



フリガナ	ツルミ タロウ		保険者番号	2	7	1	0	0	7								
被保険者氏名	鶴見 太郎		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				
			個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9		
生年月日	明・大(昭)	3年	3月	3日	性別	男(男)・女											
住所	〒538-0011 大阪市鶴見区〇〇1丁目2番3号																
	電話番号 06(1234)5678																
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 checked="" 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	鶴見 花子										男(女)				
		個人番号											生年月日	明・大・昭	年	月	日
		住所	〒000-0000 〇〇市〇〇1-2-3														
			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															
(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。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 申請者 住所 大阪市鶴見区〇〇1丁目2番3号 氏名・印 鶴見 太郎 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】

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	決定	承認(食費・居住費 : 第 段階・境界層)・却下( )					
	配偶者	非課税・課税		年 月 日 ~ 年 月 日					
	資産	範囲内・超過		課長	課長代理	担当係長	係員	入力	発送
	生活保護	有・無						/	/
	境界層	有・無	決裁						

# 収入等申告書

1 市町村民税課税状況

本人世帯	課税	・ <b>非課税</b> ・	生活保護受給
配偶者	課税	・ <b>非課税</b> ・	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 ・  なし

基礎年金番号	1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	年金収入金額	987,654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
		〇〇銀行 [ △△支店 ]	1,234,567円
		ゆうちょ銀行 [ 四一八支店 ]	2,000,000円
		銀行 [ 支店 ]	円
		銀行 [ 支店 ]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		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
		〇〇銀行 [ △△支店 ]	1,000,000円
		[ 支店 ]	円
		[ 支店 ]	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		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住民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。