

← 通帳等の写しをホッチキス等で添付してください。

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和6年度  
(2024年8月～2025年7月)

(宛先) 高槻市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)にかかる負担限度額認定を申請します。なお、この申請にかかる審査のために、市が申請者の世帯構成や、申請者及び世帯員の市町村民税の所得状況について公簿により調査することに同意します。また、申請者や世帯の所得状況など負担限度額申請事由に変更があった場合は、速やかに届け出ます。

フリガナ		申請年月日	令和 年 月 日
介護保険施設に入所(院)中又は入所予定の場合は、ご記入ください。短期入所(ショートステイ)の利用のみの場合は、記入不要です。		被保険者番号	0 0 0 Δ Δ Δ Δ Δ Δ Δ
介護保険施設の入所(院)の所在地および名称 ※1		介護保険被保険者証の番号を記入してください。	
施設名称 介護老人保健施設〇〇〇〇		電話番号 ( )	
所在地 高槻市		・同一世帯でない配偶者 ・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)は「有」にチェックしてください。	
入所(院)年月日	平・令 6 年	及び	
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	※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。	
配偶者に関する事項	フリガナ	配偶者の住所が被保険者と同じ場合は、チェックを入れることで、記載を省略することができます。	
	氏名	年 月 日	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	
	2024年1月1日現在の住所※2	(現住所と異なる場合のみ記入)	
市町村民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 非課税	※2 2024年1月1日現在の住所が高槻市でない場合は、配偶者の所得(課税)証明書を添付してください。	

(宛先) 高槻市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下、「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。また、高槻市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて

令和 年  
<被保険者本人>  
氏名

<配偶者> ※有の場合  
氏名

記載内容を確認し、本人及び配偶者の住所・氏名を記入してください。

成年後見人等が申請する場合、氏名欄は被保険者氏名の後に成年後見人等の氏名をご記入の上、登記事項証明書の写しを添付してください。

非課税年金を受給している場合は、「受給している」にチェックをして、非課税年金の種類に○をしてください。受給されていない場合は、「受給していない」にチェックをしてください。

受給している年金に○をしてください。(※遺族年金には、寡婦、遺族、母子年金、半母子年金、遺児年金を含みます。)

非課税年金(遺族年金※・障害年金)を  受給しています。←非課税年金の対象期間は、2023年1月～12月です。  
 受給していません。

《裏面にも記入してください。》

収入等に関する申告		預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しを添付	
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者または市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者です。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。	
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。	
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。	
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が1,500万円（夫婦は3,000万円）以下です。	

配偶者有の場合、配偶者の分も合わせて計算してください。

預貯金等の内訳	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円
						( ) ※内容を記入してください。

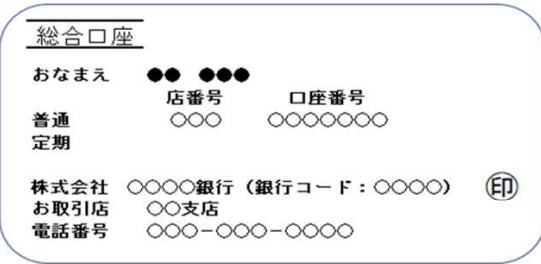
被保険者以外が申請する場合、申請者（代理人）についてご記入ください。

被保険者本人以外の代理人が申請される場合は、代理人の住所・氏名等を記入してください。

問合せ先	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	被保険者との関係 ( )
	電話番号	

※通帳の写しについては、下記の①・②の2ページ分を添付してください。

①表紙をめくった見開きページ



金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人がわかるようにコピーをとってください。  
定期預金がある場合は、普通預金に加えて、定期預金の残高がわかるすべてのページをコピーしてください。

②最新の残高がわかるページ

普通預金 (兼お借入明細書)					
年月日	記号	お取引内容	お引出し金額	お預入れ金額	差引残高
○-○-○	振込	年金		150,000	1,150,000
○-○-○	振込	年金生活者支援給付金		5,000	1,155,000
○-○-○	振替	電気 (○月分)	10,000		1,145,000
○-○-○	振替	ガス (○月分)	8,000		1,137,000
○-○-○	振替	水道 (○月分)	7,000		1,130,000
○-○-○	ATM		50,000		1,080,000
○-○-○	振替	家賃	50,000		1,030,000

申請する前に記帳してからコピーをとってください。  
年金受取口座の場合は、年金の振込がわかるページもコピーしてください。