

← 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8年度  
(2026年8月～2027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	タカツキ タロウ	申請年月日	令和8年6月1日
	高槻 太郎	被保険者番号	0009876543
		個人番号	8901

介護保険被保険者証の番号を記入してください。

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。

施設サービスの区分	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設(小規模特養)
施設名称	※ショートステイの場合は記入不要です
所在地	電話番号 ( )

入所(院)した介護保険施設の所在地および名称 ※1	施設名称	所在地	電話番号 ( )
入所(院)年月日	平・令 年 月 日	※1 介護保険施設に入所(院)していない場合及び	

世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 生活保護申請中 <input type="checkbox"/> 本人を含む世帯員 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税の世帯員 (審査に時間がかかります) <input type="checkbox"/> 世帯員及び配偶者	・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。
--------	---	--

配偶者の有無	<input checked="" 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	タカツキ ハナコ	個人番号	
	氏名	高槻 花子	生年月日	明・大・昭 23年 8月 20日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ		
	2025年1月1日現在の住所※2	(現住所と異なる場合は)		
	市町村民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税(非承認) <input checked="" type="checkbox"/> 非課税	※2 2025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。	

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。

(宛先) 高槻市長

介護保険負担限度額認定のために必要なときは、ご本人、または、ご本人の代理人(以下、「銀行等」を併用して「銀行等」と記載します。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届出状況(以下、「届出状況」と記載します。以下同じ。)を、高槻市長の報告要求に対し、銀行等が速やかに届出してください。届出がない場合は、高槻市長の報告要求に対し、銀行等が速やかに届出してください。届出がない場合は、高槻市長の報告要求に対し、銀行等が速やかに届出してください。

※同意書の記入は必須です。

記載内容を確認し、本人及び配偶者の氏名を記入してください。

令和  
<被保険者本人>  
氏名 高槻 太郎

<配偶者> ※有の場合  
氏名 高槻 花子

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、寡婦年金、障害年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。)	非課税年金(遺族年金※・障害年金)を	<input type="checkbox"/> 受給しています。 ← 申告対象期間は2025年1月～12月です。
		<input type="checkbox"/> 受給していません。

《裏面も記入してください。》

※収入区分の右隣の枠の預貯金の要件についてもご確認の上、ご申請ください。

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"/>	i 生活保護受給者(預貯金に関する要件無し)または ii 市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者です。	→	(iiのみ)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82.65万円以下です。	→	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82.65万円を超え、120	→	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 税年金収入額、その他の合計 年額120万円を超えます。	→	有価証券等の金額の合計額が (夫婦は1,500万円)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。

本人が申請する場合は記入不要です。(後日、申請書類)

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

**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。**

- 注意事項**
- 虚偽の申告により不正に負担限度額認定を受け、食費・居住費(滞在費)の軽減を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
  - 本人及び配偶者の預貯金・有価証券等の資産についてそのすべての合計額を記入し、すべての通帳等の写しを添付してください。
  - 通帳の写しは、通帳表紙をめくった見開きページの金融機関の名称・支店・口座番号・口座名義人の分かる部分と、直近2カ月以内の最終残高が分かる部分の写しが必要です。通帳は記帳してからコピーをとってください。配偶者有の方は、本人及び配偶者の通帳等の写しが必要です。通帳等の写しは、申請書にホッチキスで留めてください。
  - 生命保険、自動車、腕時計や宝石等の貴金属、絵画や骨董品等の動産は、資産に含みません。
  - 負債(借入金・住宅ローン等)は、預貯金等から差し引いて計算します。該当する方は借用証書等の写しを添付してください。
  - インターネットバンクをご利用の場合、口座残高ページの写しを添付してください。
  - 成年後見人等が代理で申請する場合、本人の代理人であることがわかる登記事項証明書の写しを添付してください。