

介護保険負担限度額認定申請書

令和5年度
(2023年8月～2024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、速やかに届け出ます。

申請年月日		令和 年 月 日	
被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7		
個人番号	0 0 8 9		
生年月日	年 〇〇 月 〇〇 日		
被保険者住所	〒 番 1 号 電話番号 072 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
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	介護老人保健施設〇〇〇〇	
	所在地	高槻市〇〇町〇〇番〇〇号	
入所(院)年月日 □	平・令 3 年 〇 月 〇 日		
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	〇 5 4 3 2 1
	氏名	高槻 花	〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ 電話番号 ()	
	2023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 checked="" type="checkbox"/> 非課税 ※2 2023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。		
収入等に関する申告 ※通帳等の写しを添付してください。			
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯	配偶者の課税状況について、どちらかにチェックをしてください。 の金額の合計額が1,000万円(夫婦は)です。	
<input checked="" 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円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円550万円(夫婦は)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、120万円を超えます。	預貯金、有価証券等の金額の合計額が円500万円(夫婦は)以下です。	
預貯金等の内訳	預貯金額	〇〇〇〇円	有 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〇をしてください。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〇をしてください。(※遺族年金には、寡婦年金、かんたんな遺族年金、障害年金、遺児年金を含みます。)			
非課税年金(遺族年金※・障害年金)を		<input checked="" type="checkbox"/> 受給しています。 ←非課税年金の対象期間は、2022年1月～12月です。 <input type="checkbox"/> 受給していません。	

裏面の同意書欄にも必ず記入してください。

同意書

(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、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 ○年 ○月 ○日

<被保険者本人>

住所

氏名

<配偶者> ※有の場合

住所

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。

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。後日

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

総合口座

おなまえ ●●●●●●

店番号 ○○○

口座番号 ○○○○○○○○

普通

定期

株式会社 ○○○○銀行（銀行コード：○○○○） 印

お取引店 ○○支店

電話番号 ○○○-○○○-○○○○

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。