

介護保険負担限度額認定申請書

令和7年度
(2025年8月～2026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る場合は、速やかに届け出ます。

介護保険被保険者証の番号を
記入してください。

フリガナ	タカツキ タロウ	申請者	月	日
被保険者氏名	高槻 太郎	被保険者番号	0009999999	
		個人番号	987654321234	

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。

入所(院)年月日	平・令 年 月 日	〒 569- 〇〇〇〇	高槻市〇〇町〇丁目〇番〇号	電話番号 072(〇〇〇)〇〇〇〇
施設名称	施設(特養) ☐ 介護老人保健施設(老健) ☐ 介護医療院			
所在地	施設(ショートステイ) ☐ 地域密着型介護老人福祉施設(小規模特養)			

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、施設を利用している場合は記入不要です。
-----------	--

世帯課税状況

☒ 本人を含む世帯員	・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) についても「有」にチェックしてください。
☐ 世帯員に市民税課税	

配偶者の有無

☒ 有 ☐ 無	※2 別居をされ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	987654321012
氏名	高槻 花子	生年月日	明・大・昭 4年 1月 3日
住所	☒ 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のみ)		
市町村民税課税状況	☐ 課税(非承認) ☒ 非課税		

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。

※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。

(宛先) 高槻市長

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。

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、旨を省、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」といふ。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状況(以下、「資産」といふ。以下同じ。)を報告すること。また、高槻市長の報告要求に対し、銀行等が報告すること。

※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。

成年後見人等が申請する場合、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。

令和 7 年 7 月
<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、遺族厚生年金、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 ☒ 受給しています。 ← 申告対象期間は2024年1月～12月です。
☐ 受給していません。

《裏面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)			
☐	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。			
☐	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80万9千円以下です。	→	☐	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。			
☐	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80万9千円を超え、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。			
☒	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 500万円(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	400万 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、申請書類に 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		

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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。