

介護保険負担限度額認定(施設利用時の食費・居住費の負担軽減)

介護保険施設への入所・ショートステイを利用した時の食費・居住費（滞在費）は自己負担となっています。しかし、所得及び資産が基準以下の方については、申請により「介護保険負担限度額認定」の適用を受け、認定証を利用施設へ提示することにより、一定額まで負担を抑えることができます。

■軽減の対象となる方(①～③すべてに該当する方または、生活保護を受給されている方)

- ①世帯全員（本人を含む）が、**市民税非課税**であること
- ②配偶者が、**市民税非課税**であること
- ③本人および配偶者の**現金・預貯金・有価証券・債券等の資産が、下表に該当すること**

段階区分	対象者	資産額
第2段階	本人の年金収入額と、その他の合計所得金額が、 80万円以下 の方	650万円以下
第3段階①	本人の年金収入額と、その他の合計所得金額が、 80万円超 120万円以下 の方	550万円以下
第3段階②	本人の年金収入額と、その他の合計所得金額が、 120万円超 の方	500万円以下

※**配偶者がいる場合**は、上記の金額に対し、一律に、**1,000万円を加算**した金額になります。
※年金収入額には、課税年金だけではなく、非課税年金（遺族年金・障害年金等）も含まれます。
※第2号被保険者（40～64歳の方）の基準額は、一律1,000万円（夫婦で2,000万円）です。

■利用できる介護保険施設の種類

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・介護老人保健施設・介護医療院・介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・(介護予防)短期入所生活介護・(介護予防)短期入所療養介護

■食費・居住費の利用者負担額（日額）

段階区分	対象者	食費		居住費（部屋代）		
第 1 段階	生活保護を受給されている方等	施設入所の場合	300 円	ユニット型個室		880 円
		ショートステイ 利用の場合		ユニット型個室の多床室		550 円
				従来型個室	特養等	380 円
					老健・医療院等	550 円
				多床室		0 円
第 2 段階	非課税世帯かつ、 本人の年金収入額とその他の合計所得金額 の合計額が 80 万円以下 の方	施設入所の場合	390 円	ユニット型個室		880 円
		ショートステイ 利用の場合	600 円	ユニット型個室の多床室		550 円
				従来型個室	特養等	480 円
					老健・医療院等	550 円
				多床室		430 円
第 3 段階 ①	非課税世帯かつ、 本人の年金収入額とその他の合計所得金額 の合計額が 80 万円超 120 万円以下 の方	施設入所の場合	650 円	ユニット型個室		1,370 円
		ショートステイ 利用の場合	1,000 円	ユニット型個室の多床室		1,370 円
				従来型個室	特養等	880 円
					老健・医療院等	1,370 円
				多床室		430 円
第 3 段階 ②	非課税世帯かつ、 本人の年金収入額とその他の合計所得金額 の合計額が 120 万円超 の方	施設入所の場合	1,360 円	ユニット型個室		1,370 円
		ショートステイ 利用の場合	1,300 円	ユニット型個室の多床室		1,370 円
				従来型個室	特養等	880 円
					老健・医療院等	1,370 円
				多床室		430 円

■申請方法および申請に必要な書類

①マイナポータル『ぴったりサービス』からの電子申請（※マイナンバーカードをお持ちの方はこちらが便利です。）



- 【電子申請時にお手元にご用意いただく書類】
- ・マイナンバーカード
 - ・預貯金等の現在の残高がわかる書類
- ※通帳の口座名義がわかるページと、残高がわかるページの画像添付が必要です。
- ※有価証券をお持ちの場合は、証書など出資金額がわかるものの画像添付が必要です。

②窓口および郵送による申請

電子申請以外に、窓口および郵送による申請も可能です。裏面の記入例を確認のうえ、記入してください。

【必要書類】

- ・**介護保険負担限度額認定申請書**
- ・**同意書**
- ・**預貯金通帳・有価証券など、口座名義と現在の残高がわかる書類**（写しを持参ください）
※**本人および配偶者がお持ちのすべての**預貯金通帳等の写しを添付してください。
- ※**申請に必要な添付書類の詳細は下表をご参照ください。**

■申請に必要な添付書類について（電子申請の場合は画像添付）

◎コピー（画像添付）が正しく提出されないと、書類の再提出を求められることになりますのでご注意ください。

申告が必要な資産等の種類	添付書類
預貯金 （ 普通預金・定期預金 の口座） ※インターネットバンクも対象	通帳の写し ①表紙裏の見開きページ ※ <u>銀行名・支店名・口座名義人・口座番号</u> が確認できるページ ②最新の残高がわかるページ ※申請される日から <u>2か月前までの期間</u> で最終残高が確認できるページ ※インターネットバンクの場合は、口座残高ページの写し
有価証券 （株式・国債・地方債・社債）・ 投資信託 ※信用金庫やJAの 出資金 も対象	証券会社、銀行、信託銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など ※購入先の口座残高により、時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
現金 （タンス預金など）	不要（ 自己申告 ）
負債 （借入金・住宅ローンなど） ※資産額から差し引きます。	借用証書の写し

■交付方法について

- ・申請後、対象に該当する場合は「介護保険負担限度額認定証」を郵送にて交付します。
- ・認定証の適用年月日は、申請された月の1日からです。
（ただし、7月末までに更新の申請をされる方は、上記によらず8月1日から適用となります。）

【注意】負担限度額認定申請に不正があった場合、軽減された額の返還に加えて最大2倍の加算金の納付をしていただく場合があります。申請内容、預貯金等に関する申告等に間違いがないか十分確認のうえ、提出してください。

申請書の記入方法は、裏面をご確認ください→

記入例

※黒のボールペンで記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇年 〇月 〇〇日

長浜市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	ナガハマ タロウ	被保険者番号	0600011111
被保険者氏名	長浜 太郎	個人番号	
生年月日	昭和 2年 2月 2日	電話番号	0749-XX-XXXX
住所	〒 526-8501 長浜市八幡東町 6 3 2 番地		
入所（院）した 介護保険施設の 種類、所在地及 び名称	☒ 介護老人福祉施設（特養） ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ その他（ショートステイ・入所予定・その他施設）		
入所（院）年月日	所在地 長浜市〇〇町〇〇番地 名称 特別養護老人ホーム 〇〇		

【入所（院）した施設】
・入所している施設について記入してください。
・ショートステイの場合や入所予定の場合は、その他にチェックをしてください。（所在地・名称・入所年月日の記入は不要です。）

配偶者の有無	有 ・ 無	る事項」については、記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	ナガハマ ハナコ	個人番号	
	氏名	長浜 花子	生年月日	大 昭 平 5年 5月 5日
	住所	長浜市八幡東町 6 3 2 番地		
	本年1月1日現在の住所	（現住所と異なる場合のみ記入）		
	市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税		

【配偶者の有無】【配偶者に関する事項】
配偶者がいる場合、「有」に○をして記入してください。
配偶者は、別世帯の方や、事実婚の方も含みます。
（ただし、DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や行方不明の場合は除きます。）

収入等に関する申告	☐ 1	生活保護受給者等	預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下	
	☐ 2	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。		650万円（夫婦は1,650万円）以下	
	☒ 3①	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下です。		550万円（夫婦は1,550万円）以下	
	☐ 3②	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。		500万円（夫婦は1,500万円）以下	
預貯金等に関する申告	・ 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
	預貯金額	7,654,321 円	有価証券（評価概算額）	0 円	その他（現金・負債を含む）

申請者氏名	長浜 一郎	（申請者が被保険者と異なる場合のみ記入）	電話番号	090-XXXX-XXXX
申請者住所	長浜市〇〇町××番地		被保険者との続柄	子

申請書類に関して、連絡させていただく場合があります。
連絡がしやすい電話番号を記入してください。

同意書

長浜市長 あて

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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することが同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 〇年 〇月 〇〇日

＜被保険者＞

住所 滋賀県長浜市八幡東町 6 3 2 番地

氏名 長浜 太郎

※本人が手書き（自署）した場合は、押印を省略することができます。

＜配偶者＞

住所 滋賀県長浜市八幡東町 6 3 2 番地

氏名 長浜 花子

※本人が手書き（自署）した場合は、押印を省略することができます。

【同意書】
・本人が手書き（自署）する場合は、押印不要です。
・自署できない場合（代筆する場合）は、押印をお願いします。
・預貯金等に関する申告が正確にされていることを確認するため、必要に応じて金融機関等に照会を行います。

※生活保護受給者の方の場合

- ・申請書（表）のみ記入してください。同意書は記入不要です。
- ・「収入等に関する申告」の「1」に必ず ☒ を記入してください。
- ・「配偶者に関する事項」及び「預貯金等に関する申告」の記入は不要です。

【収入等に関する申告】

- ・保険者本人の収入額について、あてはまるものに ☒ をしてください。
- ・収入額によって、段階区分が決まります。
- ・段階区分及び配偶者の有無によって、預貯金等の基準額が異なります。（第2号被保険者（40～64 歳の方）の基準額は、一律 1,000 万円（夫婦で 2,000 万円）です。）

【預貯金等に関する申告】

- ・被保険者及び配偶者の預貯金等の合計額を記入してください。基準額を超える場合は、軽減の対象外です。
- ・記入した金額が分かる書類（通帳や証書等の写し）を添付してください。残高の大小にかかわらず、すべての通帳等の写しが必要です。

※成年後見人の方が申請される場合

- ・申請者欄に「成年後見人 〇〇〇〇」と記入してください。
- ・同意書は、被保険者氏名に続いて「成年後見人 〇〇〇〇」と記入してください。
- ・登記事項証明書等を添付してください。