

介護保険負担限度額認定の申請について

介護保険施設を利用したときの食費・居住費は原則自己負担となりますが、以下の要件を満たす人に対して食費・居住費の負担軽減があります。

【対象サービス】

特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）、介護老人保健施設、介護医療院、ショートステイ（短期入所生活介護）、医療型ショートステイ（短期入所療養介護）

※有料老人ホームなどの特定施設入居者生活介護、デイサービス（通所介護）、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などは対象外です。

【認定要件】

表中の各負担段階の「所得要件」及び「預貯金などの資産要件」に該当する人が対象になります。

負担段階	所得要件			預貯金などの資産要件 カッコ内は夫婦で合計（注2）
第1段階	・世帯全員（注1）が<u>住民税非課税</u>で老齢福祉年金の受給者 ・生活保護受給者			1,000万円以下 (2,000万円以下)
第2段階	世帯全員 （注1）が <u>住民税非課税</u>	公的年金等収入 金額（非課税年 金含む）と その他の合計所 得金額の合計が	80.9万円以下の人	650万円以下 (1,650万円以下)
第3段階①			80.9万円超 120万円以下の人	550万円以下 (1,550万円以下)
第3段階②			120万円超の人	500万円以下 (1,500万円以下)

注1 世帯を分離している配偶者も含みます。

注2 夫婦は住民票が別の場合（施設入所など）や事実婚も含みます。DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や配偶者が行方不明の場合は含みません。

※ 第2号被保険者（40～64歳）の預貯金などの資産要件は第1段階と同じ額です。

【申請に必要な書類】

① 申請書（介護保険負担限度額認定申請書）

② 同意書（申請書の裏面）

※ ①申請書、②同意書については「記入例」を参考に記入してください。同意書の記入が無い場合は申請受付ができませんので必ずご記入ください。

また、消えるボールペンや鉛筆での記入はおやめください。

③ 預貯金などの資産が確認できるもの（配偶者がいる人は配偶者分も必要です）

預貯金などの資産の合計額が基準額以下であることを証明するために、本人及び配偶者が名義である全ての預金通帳などのコピーの提出が必要です。

預貯金などの資産の範囲や添付が必要な書類については、下記の表を参照してください。

預金通帳のコピーについては3ページを参考にしてください。なお、預金残高が無い白紙のページもコピーの提出が必要な場合があります（総合口座の定期預金のページなど）。

※ 生活保護受給中の方は添付の必要はありません。

※ 基準額以下となる資産の移動（通帳からの引き出しなど）や多額の出入金があるときは、その用途を確認させていただく場合があります。あらかじめ記入しておいていただくと助かります。

預貯金などの資産に含まれるもの	確認のために添付が必要な書類
預貯金（普通・定期など）	通帳の写し （インターネット専用バンクは口座残高ページの写し）
有価証券 （株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写しなど （ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積み立て購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行の口座残高の写しなど （ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社などの口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
自宅などにある現金（タンス預金など）	自己申告
負債（借入金・住宅ローンなど） ※預貯金などの額から差し引いて計算します。 ただし、営む事業に関する負債は除きます。	借用証書など（借入額、返済期日などが記載され、署名、捺印がある金銭消費貸借契約書などの負債額を確認できる書面）の写し
【申告不要な資産】 生命保険、自動車、貴金属（腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの）、 絵画、骨董品、家財、ゴルフ会員権など	

④ その他

成年後見人や施設職員などが申請する場合は、以下の写しを添付してください。

（ア）「登記事項証明書」または「委任状」

（イ）「身分証明書」（運転免許証など）

（ウ）「従事者証」（会員証、社員証など）

（「登記事項証明書」または「委任状」の代理人名が法人である場合）

預金通帳のコピーの提出について

本人及び配偶者（別世帯の場合や事実婚も含む）が名義の全ての預金通帳などのコピー（以下の①②③のページ）を提出してください。

① 表紙をめくったページ

（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が分かるページ）

・ゆうちょ銀行の場合は、表紙をめくった上のページ（記号・番号・口座名義人）と下のページ（通常貯金ご利用の上限額）が写るようにコピーしてください。

〇〇銀行 総合口座

ヤチヨ タロウ 様

店番号

123

普通預金口座番号	1234567
定期預金口座番号	7654321
貯蓄預金口座番号	

〇〇銀行〇〇支店

② 普通預金のページ（記帳されている最終ページ）

- ・最後の入出金の日付が3か月以内でない場合は、コピーする前に記帳してください（最新の日付が3か月以上前でその後の取引がない通帳のコピーには「以後、取引なし」と記入してください）。
- ・最終ページの記載が3行以下の場合は、その前のページも提出してください。
- ・年金の振込口座は、必ず3か月以内の年金振込記録のあるページを提出してください。

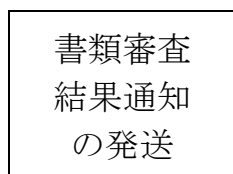
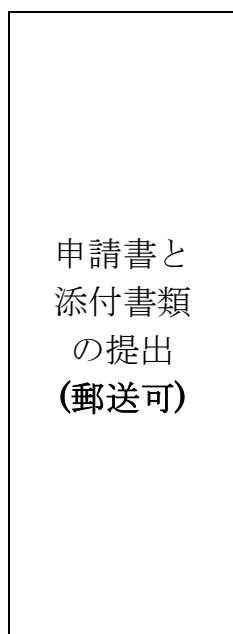
			普通預金
年月日	お支払い金額	お預かり金額	残高
07-06-01	10,000	水道	3,800,000
07-06-15	年金 (88,000円)	200,000	4,000,000
07-06-27	5,000	ガス	3,995,000
07-06-27	20,000	電気	3,975,000

③ 定期預金・貯蓄預金・積立などのページ

- ・総合口座などの通帳には定期預金などのページがありますので、利用していない（残高がない）場合でも利用していない証明のために該当ページのコピーを提出してください。

			定期預金
お預かり年月日	お預かり金額	利率	満期日
07-01-01	1,000,000	0.3%	08-01-01

【申請方法と流れ】



●提出・問い合わせ先

〒276-8501 八千代市大和田新田 3 1 2 - 5
八千代市長寿支援課 給付担当（市役所 2 階）
電話 0 4 7 - 4 2 1 - 6 7 3 4

※ 支所・連絡所への提出も可能ですが、内容についてのご質問にはお答えできませんのでご了承ください。

※ 負担限度額認定の有効期間は申請書を受理した月の 1 日から 7 月 3 1 日までとなります。

更新については再度申請が必要です。負担限度額の認定を受けている方には 6 月中旬頃に更新の案内を発送する予定です。

申請内容の審査結果は郵送で通知します。審査の結果、負担限度額認定の対象となる方には負担限度額認定証を発行します。結果が届きましたら、ご利用の施設に提示してください。

【よくあるご質問】

Q 1 夫婦以外に子も同じ世帯ですが通帳などのコピーは必要ですか。

A 1 本人と配偶者以外は不要です。

Q 2 申請したが負担限度額認定の対象外となりました。その後、世帯状況や預貯金などの資産状況などが変わったときは、改めて申請できますか。

A 2 申請できます。認定の要件を満たしていれば、申請を受理した月の 1 日から有効な介護保険負担限度額認定証を交付します。

【住民税課税世帯に対する特例減額措置】

住民税課税世帯でも食費・居住費が軽減される制度（特例減額措置）があります。以下の要件を全て満たす場合には、長寿支援課にご相談ください。

（※ショートステイの利用については、この特例措置は適用されません。）

- ①その属する世帯の構成員の数が 2 人以上であること
- ②世帯の年間収入から施設の利用者負担（介護サービスの利用者負担、食費、居住費）の見込額を除いた額が 80.9 万円以下であること
- ③世帯の現金、預貯金などの額が 450 万円以下であること
- ④日常生活に供する資産以外の資産がないこと
- ⑤介護保険料を滞納していないこと

【利用者負担段階と負担限度額】

負担限度額認定を受けた場合、自己負担は負担限度額の範囲内の金額になり、基準費用額(標準的な費用の目安)との差額は介護保険で負担します。

利用者 負担段階	食費		居住費（滞在費）			
	施設 サービス	ショート ステイ	ユニット型 個室	ユニット型 個室的多床室	従来型 個室	多床室
第1段階	300 円		880 円	550 円	550 円 (380 円)	0 円
第2段階	390 円	600 円	880 円	550 円	550 円 (480 円)	430 円
第3段階①	650 円	1,000 円	1,370 円	1,370 円	1,370 円 (880 円)	430 円
第3段階②	1,360 円	1,300 円	1,370 円	1,370 円	1,370 円 (880 円)	430 円
基準費用額	1,445 円	1,445 円	2,066 円	1,728 円	1,728 円 (1,231 円)	437 円 (915 円)

※ 表中の（ ）内は、特別養護老人ホーム、ショートステイを利用した場合の金額です。

※ 老健・医療院の多床室における一部基準費用額は 697 円です。

★ 郵送 の際に切り取ってご利用ください。(郵送の場合は、必ず 切手 を貼ってください。)

〒 2 7 6 - 8 5 0 1

八千代市大和田新田 3 1 2 - 5

八千代市役所 長寿支援課 行

※介護保険負担限度額認定申請

※切手を貼って
ください。

2

7

6

8

5

0

1