

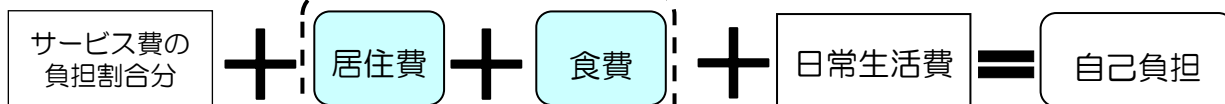
ご案内

利用者負担限度額認定制度について

特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院に入所された方、短期入所生活介護、短期入所療養介護を利用される方は、所得条件等が満たされていれば、利用者負担限度額認定を受けることができます。

認定期間は、申請月の初日から、直近の7月末日までとなります。更新には再度の申請が必要です（更新の時期になりましたらご案内いたします）。

○この制度は



施設利用にあたって、利用者が自己負担するうち、**居住費と食費**を減額する制度です。

○対象者および減額（利用者負担限度額）認定の段階

利用者を含む世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が、区市町村民税非課税であり、所得区分に応じた預貯金等の要件を満たす場合、表のいずれかの段階の認定を受けます。

所得区分			預貯金等	利用料負担段階
生活保護受給者			単身:1,000 万円以下 夫婦:2,000 万円以下	第1段階
市町村税	世帯非課税者	老齢福祉年金受給者		
		合計所得金額と課税年金収入額と 非課税年金収入額の合計が 80.9 万円以下	単身:650 万円以下 夫婦:1,650 万円以下	第2段階
		合計所得金額と課税年金収入額と 非課税年金収入額の合計が 80.9 万円超 120 万円以下	単身:550 万円以下 夫婦:1,550 万円以下	第3段階①
		合計所得金額と課税年金収入額と 非課税年金収入額の合計が 120 万円超	単身:500 万円以下 夫婦:1,500 万円以下	第3段階②
	世帯課税者		—	第4段階(非該当)

※非課税年金とは、遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。）と障害年金です。

※第2号被保険者（65歳未満の方）の預貯金等の要件については、所得区分にかかわらず、単身の場合 1,000 万円以下、夫婦の場合 2,000 万円以下となります。

○減額（利用者負担限度額）認定による負担額の詳細

認定を受けた利用者は、認定段階に応じて1日あたり、表に定めた居住費と食費を自己負担します。

	居住費				食費	
	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	施設	ショートステイ
第1段階	880 円	550 円	550 円 (380 円)	0 円	300 円	300 円
第2段階	880 円	550 円	550 円 (480 円)	430 円	390 円	600 円
第3段階①	1,370 円	1,370 円	1,370 円 (880 円)	430 円	650 円	1,000 円
第3段階②	1,370 円	1,370 円	1,370 円 (880 円)	430 円	1,360 円	1,300 円

※介護老人福祉施設と短期入所生活介護を利用した場合は、（ ）内の金額です。

【申請方法】

下記の【記入例】により、同封の申請書と同意書に記入の上、本人及び配偶者の全ての通帳等のコピーを添付して、郵送又は区役所介護保険課介護給付係まで提出してください。

【提出書類】

- ① 介護保険負担限度額認定申請書
 - ② 同意書
 - ③ 本人及び配偶者がお持ちの全ての預貯金通帳（普通・定期）、有価証券等のコピー

- ・銀行名、支店名、口座の種類、口座名義人が記載されているページ
 - ・最新の記帳をした上で、直近2か月分の残高が記載されているページ
- ※ 申請時に、申請者の身分証明書（免許証等）をご提示ください。
郵送による申請の場合は、身分証明書のコピーを添付してください。

【記入例】

介護保険負担限度額認定申請書

必ず
記入してください

フリガナ 被保険者氏名	シズヤ タロウ 渋谷 太郎	被保険者番号	0000123456
生年月日	昭和 4 年 5 月 6 日	個人番号	
住 所	〒 150-0042 渋谷区宇田川町〇-〇	連絡先	03-3463-〇〇〇〇
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒 150-0013 渋谷区恵比寿△-△-△ ●●●特別養護老人ホーム	連絡先	03-3463-△△△△
入所(院)年月日(※)	令和 3 年 1 月 1 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者と
別世帯の場合も
記入してください

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無			左記において「無」の場合は、以下の 「配偶者に関する事項」については、記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	シズヤ ハナコ		
	氏名	渋谷 花子		
	生年月日	昭和 7 年 8 月 9 日	個人番号	
	住所	〒 150-0042 渋谷区宇田川町〇-〇		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	〒		
課税状況	住民税	課税	・	<input checked="" type="radio"/> 非課税

必ず
記入してください

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している全ての 年金の保険者に ○してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	③住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。 (受給している年金に○してください。以下同じ。)			
	<input type="checkbox"/>	④住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	⑤住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、 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。			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	預貯金額	400万 円	有価証券 (評価額算額)	円	その他 (現金・負債を 含む)

※内容を記入してください

申請者が
本人以外の時に
記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	渋谷 一男	連絡先(自宅・勤務先)	03-3463-◇◇◇◇
申請者住所	渋谷区渋谷〇-〇-〇	本人との関係	子

【問い合わせ】

渋谷区福祉部介護保険課介護給付係
電話 03 (3463) 1997