

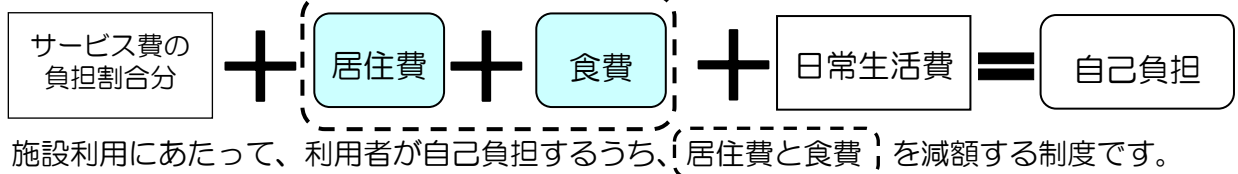
ご案内

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



○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・事実婚を含む）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
軽減制度の対象者	第1段階	生活保護受給者	単身：1,000万円以下
		老齢福祉年金受給者	夫婦：2,000万円以下
	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82.65万円以下	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下
	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82.65万円超120万円以下	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下
	第3段階②	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4段階（非該当）		同世帯に課税者がいる 本人が区市町村民税の課税者	

※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		従来型個室		多床室			施設	ショートステイ
	個室	個室的多床室	特養等	老健医療院等	特養等	老健医療院	老健医療院等※室料を徴収しない場合		
第1段階	880円	550円	380円	550円	0円			300円	300円
第2段階	880円	550円	480円	550円	430円			390円	600円
第3段階①	1,370円		880円	1,370円	430円			680円	1,030円
第3段階②	1,470円		980円	1,470円	530円		430円	1,420円	1,360円

【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。

【必要書類】

- 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すべての預貯金通帳等(有価証券含む)のコピー
★必ずA4サイズでコピーしてください。
・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
・直近2か月分の残高が記載されているページ(定期預金含む)

※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。

介護保険負担限度額認定申請書

【記入例】

必ず
記入してください

配偶者と
別世帯の場合も
記入してください

必ず
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

介護保険負担限度額認定申請書			
渋谷区長 殿		年 月 日	
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	シズヤ タロウ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	渋谷 太郎	個人番号	
生年月日	昭和 4 年 5 月 6 日		
住 所	〒 150-0042 連絡先 03-3463-0000 渋谷区宇田川町〇-〇		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒 150-0013 連絡先 03-3463-△△△△ 渋谷区恵比寿△-△-△ ●●●特別養護老人ホーム		
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。	
配偶者の有無	有	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。	
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 連絡先 03-3463-0000 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 非課税		
収入等に関する申告	☐ 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 ☐ ③住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と[連年年金※・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82,65万円以下です。 (受給している年金に〇してください。以下同じ。) ※基礎年金、かんたんな年金、母子年金、障害年金、遺族年金を含みます。以下同じ。 ☐ ④住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と[連年年金※・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82,65万円を超え、120万円以下です。 ☒ ⑤住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と[連年年金※・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)	☒ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1900万円(夫婦は2000万円)、③の方は850万円(同居1500万円)、④の方は550万円(同居1500万円)、⑤の方は300万円(同居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)	円
		その他 (現金・負債主 含む)	円
※内容を記入してください			
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)	03-3463-0000
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