

介護保険負担限度額認定の申請について

(介護保険施設利用に係る食費・居住費の負担軽減)

■対象者（2ページの〈負担限度額認定 判定の流れ〉参照）

所得要件 以下の全員が市区町村民税**非課税であること**

①本人 ②配偶者（住民票が別、事実婚でも判定対象） ③本人の属する世帯全員

※市区町村民税の申告をしていない方は**判定ができません**ので、必ず申告をお願いします。

資産要件 本人及びその配偶者が利用者負担段階に応じた基準資産額を満たしていること

利用者負担段階		基準資産額
第1段階	生活保護受給者もしくは、市区町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	本人の預貯金等が 1,000万円以下 (配偶者がいる場合は、合算で 2,000万円以下)
第2段階	市区町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金※ ₁ 収入額と合計所得金額※ ₂ の合計が 80万円以下の人	本人の預貯金等が 650万円以下 (配偶者がいる場合は、合算で 1,650万円以下)
第3段階①	市区町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金※ ₁ 収入額と合計所得金額※ ₂ の合計が 80万円を超え120万円以下の人	本人の預貯金等が 550万円以下 (配偶者がいる場合は、合算で 1,550万円以下)
第3段階②	市区町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金※ ₁ 収入額と合計所得金額※ ₂ の合計が 120万円を超える人	本人の預貯金等が 500万円以下 (配偶者がいる場合は、合算で 1,500万円以下)

※ただし、いずれも2号被保険者(65歳未満)は本人の預貯金等が**1,000万円以下**
(配偶者がいる場合は、合算で**2,000万円以下**)

■対象施設、サービス

介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）、ショートステイ

■負担限度額（1日当たり）

利用者負担段階	居住費の負担限度額				食費の負担限度額
	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	820円	490円	490円 (320円)	0円	300円
第2段階	820円	490円	490円 (420円)	370円	390円 【600円】
第3段階①	1,310円	1,310円	1,310円 (820円)	370円	650円 【1,000円】
第3段階②	1,310円	1,310円	1,310円 (820円)	370円	1,360円 【1,300円】

【1日あたりの基準費額（居住費・食費の平均的な費用）】

第4段階 本人もしくは世帯員が課税の人	2,006円	1,668円	1,668円 (1,171円)	377円 (855円)	1,445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の負担限度額は（ ）内の金額となります。

* ショートステイを利用した場合の食費の負担限度額は【 】内の金額となります。

※1 非課税年金：日本年金機構または共済組合等から支払われる国民年金、厚生年金、共済年金の各制度に基づく遺族年金（寡婦・かん夫・母子・準母子・遺児と印字された年金を含む）と障害年金を指します。ただし、弔慰金や給付金などは対象外となります。

※2 合計所得金額：「税法上の合計所得金額」から「土地や建物の売却に係る短期・長期譲渡所得の特別控除額」と「公的年金等に係る雑所得」を控除した金額。ただし、合計所得金額に給与所得が含まれている場合は当該給与所得の額（所得金額調整控除の適用がある場合は控除前の金額）から10万円を控除します（令和3年度から）。

■申請の際に必要な書類

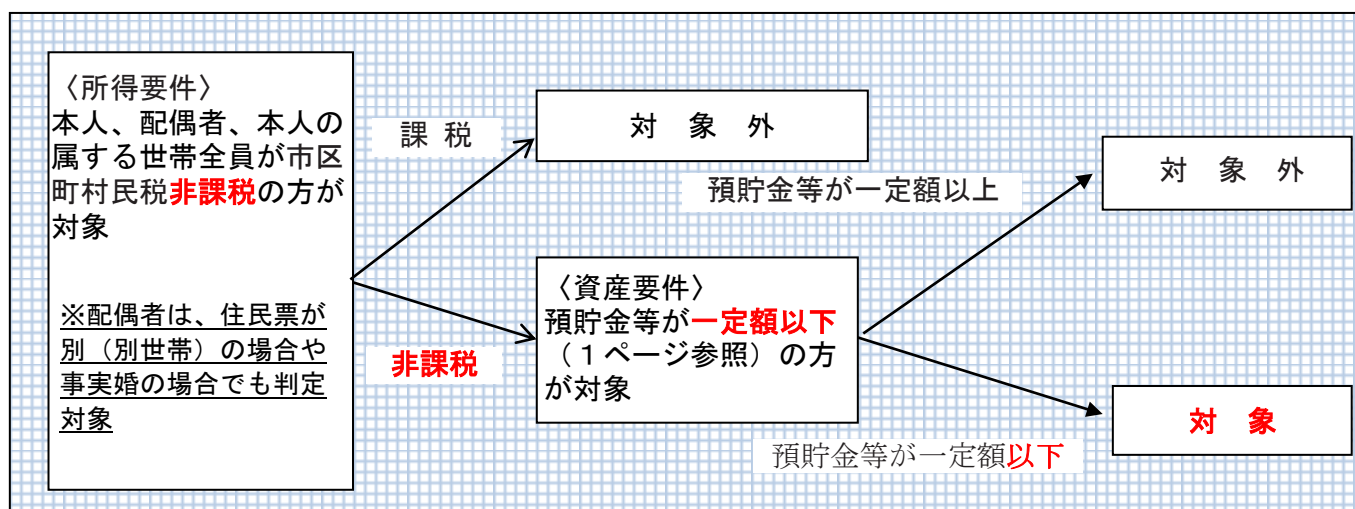
1 ページの表の「利用者負担段階 1～3②」に該当する人は下記の書類をご提出下さい。

提出書類	書類内容	確認
申請書（表）	記入して下さい ※4 ページ参照	<input type="checkbox"/>
同意書（裏）	記入して下さい ※5 ページ参照	<input type="checkbox"/>
預貯金等の添付書類	通帳(名義と残高の2 ページ分)のコピー等 本人と配偶者（いる方のみ）名義のものすべてを提出 ※3 ページ参照	<input type="checkbox"/>
マイナンバー確認書類 ※マイナンバーの記入がなくても (確認書類がなくても) 申請は可能です。	①マイナンバーカード 又は ②マイナンバーが確認できるものと本人確認書類（顔写真ありの場合1種類、顔写真なしの場合2種類）	<input type="checkbox"/>

■特例減額措置

第4段階（対象外）の方でも、施設入所前に2人以上の世帯で、入所費用によって「入所者以外の方」の生活が圧迫されると認められる場合、第3段階の負担軽減を受ける特例があります。特例には要件がございますので、詳細は、蕨市介護保険室へご相談ください。

<負担限度額認定 判定の流れ>



※配偶者が市外にお住まいの場合、配偶者の非課税証明書の添付が必要です。

※蕨市は、必要に応じて金融機関等に資産の照会を行います。

不正に負担限度額の認定を受けた場合、それまでに受けた負担軽減額に加え最大2倍の加算金（負担軽減額と併せ最大3倍の額）の納付を求めています。

<預貯金等とは>

預貯金等に含まれるもの (資産性があり、換金性が高く、価格評価が容易なものが対象)	確認方法 (価格評価を確認できる書類の入手が容易なものは添付を求めます)
預貯金 (普通・定期・貯蓄)	通帳のコピー (インターネットバンクであれば口座残高ページをプリント)
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コピー (ウェブサイトのプリントも可)
金・銀 (積立購入を含む) 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	購入先の口座残高の写し (ウェブサイトのプリントも可)
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し (ウェブサイトのプリントも可)
タンス預金 (現金)	自己申告

※負債 (借入金・住宅ローンなど) について

預貯金等から差し引いて計算します (借用証書などで確認)。

また、価格評価は、申請日の直近2カ月以内の写し等により行います。

※預貯金等に含まれないもの

生命保険、自動車、腕時計、宝石など時価評価額の把握が難しい貴金属など
絵画、骨董品、家財など

預貯金等のコピーの取り方

本人・配偶者 (いる方のみ) 名義の預貯金等がわかるものを、すべて添付してください。

①名義ページ (氏名・金融機関名・支店名等がわかるもの)

おなまえ
カイゴホケン イチロウ 様

店番号 口座番号

○×銀行
蕨 支店
048-△△△△-○○○

②残高ページ (定期預金や貯蓄預金がある人はその部分も必要)

定期預金					
1	5.01.01	〇〇〇〇	0.60	10,000 円	12,345
五年定期 元利継続					
2	5.02.01	〇〇〇〇	0.60	10,000 円	12,345
五年定期 元利継続					

普通貯金				
年月日	摘要	お支払	お預り	差引残高
5.01.01	△△△△	1,000		12,345
5.06.01	□□□		2,000	14,345

【注意事項】

- ・記帳部分は、**最新の残高が分かる部分**をコピーしてください。**2か月前の日付まで有効**です。取引がなくて記帳しても印字されない場合、その旨を通帳のコピーに記載してください。
- ・預貯金等はあるが通帳が見つからない場合や被保険者本人が認知症のため不明な場合は、その旨を同意書の余白に記載してください (この場合は金融機関等に資産の照会を行うため、**発行までに時間がかかります。**)。

見本

介護保険負担限度額認定申請書

蕨市長あて

提出日を必ずご記入ください。

個人番号の確認に、ご来庁者の本人確認書類、委任状などが必要です。
※やむを得ず記載することができない場合、番号確認書類は不要です。

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いたします。

申請日	令和 5 年 7 月 1 日	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9
フリガナ	カイゴホケン イチロウ	個人番号	
被保険者氏名	介護保険 一郎	生年月日	昭和12 年 3 月 4 日
住 所	埼玉県蕨市中央5丁目14番15号	電話番号	048 (433) 7835
施設	名称 住所	電話番号	()
入所(院)年月日 (※)	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 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。	

被保険者の氏名と住所、被保険者番号、生年月日をご記入ください。

施設に入所されている場合は、施設の名称と住所、入所年月日をご記入ください。

どちらかに○をつけてください。

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。	
フリガナ	カイゴホケン ハナコ	個人番号	
氏名	介護保険 花子	生年月日	昭和 5 年 6 月 7 日
住所	同上	電話番号	048 (433) 7835
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	配偶者が市外の方はお住いの自治体が発行する非課税証明書を添付してください。配偶者の方が課税の場合は対象外です。		
課税状況	市区町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税		

配偶者(夫もしくは妻)がいる方は、記入してください。
すでに死別されている場合は、記入は不要です。

収入等及び預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者もしくは、市区町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者です。				
	<input type="checkbox"/>	市区町村民税世帯課税年金収入額が年額80万円以下(受給している場合は、右下の該当する年金に○をしてください。以下同じ)かつ預貯金等の合計が650万円以下(夫婦は1,650万円以下)(※2)です。 ※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 ※2 2号被保険者は、1,000万円以下(夫婦は2,000万円以下)です。以下同じ。	こちらで確認しますので空欄で問題ございません。			
	<input type="checkbox"/>	市区町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額と【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。かつ預貯金等の合計が550万円以下(夫婦は1,550万円以下)です。	ご夫婦の合計額です。必ず証券会社や銀行の名称、名義人が分かる部分と、残高の分かる部分のコピーを添付して下さい。			
	預貯金 額	円	有価証券 (評価概算額) 0 円	現金 0 円	負債 0 円	その他 0 円

受給している全ての年金の保険者に○をしてください。
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

※添付書類	ご夫婦の合計額です。必ず通帳の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる部分と、最新残高の分かる部分のコピーを添付して下さい。	現金は自己申告です。負債は借用証書のコピーをお付け下さい。
申請書住所	同上	080-1234-5678
氏名 (事業所(者)名)	介護保険 たろう	被保険者との関係 (長男)

- 注意事項
- (1) この申請書は、申請者と関係のある者を含みます。
 - (2) 預貯金については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
 - (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
 - (4) 虚偽の申請により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、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。
 - (5) 裏面の同意書も記入して下さい。
- 市役所の開庁時間にご連絡が取れる電話番号をお願いします。

同意書（申請書裏）見本

同 意 書

提出日をご記入ください。

令和 5年 7月 1日

被保険者の住所と氏名をご記入ください。

<本人>

住所 蕨市中央5丁目14番15号

氏名 介護保険 一郎

<配偶者>

配偶者のいる方はこちらをご記入ください。

住所 同上

氏名 介護保険 花子