

介護保険負担限度額認定申請について

施設サービスを利用した場合の居住費等・食費は原則として自己負担となりますが、所得・収入に応じた預貯金等の合計額が基準額以下の方については、申請により、負担限度額を超えた分が介護保険から給付されます。

1. 対象になる方（下記の両方の条件を満たす方）

- ・本人および世帯全員（世帯分離をしている配偶者等を含む）が住民税非課税の方
- ・下記の区分に応じた預貯金等の合計額が基準額を超えない方

利用者 負担段階	区 分	預貯金等の合計額			
		65 歳以上		40 歳から 64 歳まで	
		配偶者がいない	配偶者がいる	配偶者がいない	配偶者がいる
第 1 段階	老齢福祉年金の受給者	1,000 万円以下	夫婦の合計額が 2,000 万円以下		
	生活保護の受給者				
第 2 段階	合計所得金額と年金収入額の合計が 80 万円以下の方	650 万円以下	夫婦の合計額が 1,650 万円以下	1,000 万円以下	夫婦の合計額が 2,000 万円以下
第 3 段階 ①	合計所得金額と年金収入額の合計が 80 万円超 120 万円以下の方	550 万円以下	夫婦の合計額が 1,550 万円以下		
第 3 段階 ②	合計所得金額と年金収入額の合計が 120 万円超の方	500 万円以下	夫婦の合計額が 1,500 万円以下		

※ 合計所得金額とは、収入金額から必要経費などを控除した所得金額の合計から、公的年金等にかかる雑所得と、土地建物等の譲渡所得にかかる特別控除額を除いた金額のことです。

※ 年金収入額には、非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額を含みます。

2. 申請に必要なもの

- ・介護保険負担限度額認定申請書（裏面の記入例を参考にご記入ください。）
- ・印鑑（シャチハタ不可。配偶者等のものを含む。申請書の同意欄に押印してください。）
- ・預貯金等の合計額が分かる書類（配偶者等のものを含む。）

預貯金等に含まれるもの	必要な書類
預貯金（普通預金・定期預金）	<u>通帳の口座名義と口座残高</u> の写し等 （インターネットバンクであれば該当ページの写し）
有価証券（株式・国債・地方債・社債等） 金・銀（積立購入を含む。）等の貴金属 投資信託	銀行、信託銀行、証券会社の口座名義と口座残高の写し等 （ウェブサイトの写しも可）
負債（借入金・住宅ローン等）	借用証書の写し等
その他（タンス預金等）	申請書に金額を記入

※ 通帳の記帳や口座残高の確認等は、申請日までの 2 か月以内に行ってください。

3. 居住費等・食費の負担限度額（1 日あたり）

利 用 者 負 担 段 階	居 住 費 等				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	施設サｰビｽ	短期入所サｰビｽ	
第 1 段 階	820 円	490 円	490 円 (320 円)	0 円	300 円		
第 2 段 階			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)		650 円	1,000 円	
第3段階②					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、（ ）内の金額となります。

4. 申請書記入例

記入年月日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 檀原市長

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。

被保険者本人に関する事項

フリガナ	カシハラ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
被保険者氏名	檀原 太郎	個人番号		
生年月日	大 昭 〇〇年 〇月 〇日	— XXXX — XXXX	配偶者の有無	有 ・ 無
入所（院）した 介護保険施設 所在地及び名	個人番号（マイナンバー）を記入した場合は、身分証（免許証等）の写しを提出してください。 不明の場合は空欄で構いません。身分証の写しも不要です。			

配偶者に関する事項（配偶者の有無が「無」の場合、記入不要です。）

フリガナ	カシハラ ハナコ	個人番号	
氏名	檀原 花子	生年月日	大 昭 平 〇〇年 〇月 〇日
申請書裏面別表のいずれかの利用者負担段階の要件に該当すること （負担限度額認定の対象となること）を確認し、チェックして下さい。		民税課税状況	課税 ・ 非課税
		配偶者が課税の方は対象外です。	

収入及び資産等に関する申告（裏面の別表及び注意事項を確認の上、通帳等の写しを添付してください。）

☒ 裏面別表のいずれかの利用者負担段階に該当します。	
非課税年金受給状況	☐ 遺族年金 ☐ 障害年金
預貯金（普通）	☒ 別添通帳等の写しのとおり
有価証券（株）	☐ 別添口座残高等の写しのとおり
負債（借入）	☐ 別添金銭消費貸借契約書等の写しのとおり
その他（タンス預金など）	100,000 円

同意欄（配偶者の有無が「無」の場合、配偶者については記入不要です。）

介護保険負担限度額認定のために必要があるとき、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）並びに有価証券等の残高について、報告を求めること、報告することについて、私及び私の配偶者が同意して

本人及び配偶者（いる場合）の住所氏名を記入（代筆可）し、認印を押印（シャチハタ不可）してください。

<本人> 住所 檀原市八木町1丁目-1-18
氏名 檀原 太郎
<配偶者> 住所 檀原市八木町1丁目-1-18
氏名 檀原 花子

申請者に関する事項（申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。）

申請者氏名	畝傍 次郎	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	本人との関係	長女の夫
申請者住所	檀原市畝傍町〇番地				

5. 注意事項

- ・基準額を超える預貯金等の資産が認定後に判明した場合、遡って認定を取り消す場合があります。
- ・金融機関等への資産照会の関係により、書類提出後、審査結果が出るまでに時間がかかる場合があります。

6. お問合せ・郵送による書類の提出先

檀原市 長寿介護課 給付指導係
〒634-8509 檀原市内膳町1丁目1-60（檀原市役所分庁舎2F）
☎ 0744（22）8108（直通）