

介護保険負担限度額認定のご案内

介護保険施設の食費・居住費の負担軽減について

【負担限度額とは】

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）やショートステイを利用されている方で、所得の低い方に対しては食費と居住費の自己負担について上限額（負担限度額）が設けられており、申請により認定を受ければ費用負担が軽減されます。

●利用者負担段階

利用者 負担段階	判 定 基 準	
	対 象 者	
第 1 段階	生活保護受給／本人及び世帯全員（世帯分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等の資産要件 単身 1,000 万円以下 夫婦 2,000 万円以下
第 2 段階	本人及び世帯全員（世帯分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税であって、課税・非課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が 80 万円以下の方	単身 650 万円以下 夫婦 1,650 万円以下
第 3 段階①	本人及び世帯全員（世帯分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税であって、課税・非課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が 80 万円超 120 万円以下の方	単身 550 万円以下 夫婦 1,550 万円以下
第 3 段階②	本人及び世帯全員（世帯分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税であって、課税・非課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が 120 万円超の方	単身 500 万円以下 夫婦 1,500 万円以下
第 4 段階 (非該当)	上記第 1 段階～第 3 段階の判定基準に該当しなかった方（同一世帯員に課税者がいる場合も原則対象外）	

※第 2 号被保険者（40～64 歳）の預貯金等の資産要件は、段階にかかわらず単身 1,000 万円（夫婦 2,000 万円）以下となります。

●負担限度額（1 日あたり）

（単位：円）

	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		食費	
			特養等 ※1	老健等 ※2	特養等 ※1	老健等 ※2	施設 サービス	短期入所 サービス
第 1 段階	820	490	320	490	0	0	300	300
第 2 段階	820	490	420	490	370	370	390	600
第 3 段階①	1,310	1,310	820	1,310	370	370	650	1,000
第 3 段階②	1,310	1,310	820	1,310	370	370	1,360	1,300
第 4 段階 基準費用額	2,006	1,668	1,171	1,668	855	377	1,445	1,445

- ・ ※1 は特別養護老人ホームの場合。 ※2 は老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院の場合。
- ・ 第 4 段階の居住費と食費は、利用者と施設の契約によるため、標準的な負担額を示しています。

●減額対象とならない施設（以下の施設は対象外です。）

通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護（介護サービス付き高齢者向け住宅など）、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

① 配偶者が住民税課税者の場合は、世帯分離していても負担限度額認定の対象になりません。

【確認方法】

配偶者の氏名・生年月日・住所等を記入欄に記載してください。

必要に応じて戸籍、所得を確認します。

【配偶者の所得を勘案しない場合】

- ①DV防止法に定める暴力があった場合
- ②行方不明の場合
- ③その他①②に準ずる場合

②預貯金等が基準額を超える場合は対象になりません。

【基準額】

第1段階：単身 1,000 万円（夫婦 2,000 万円）／第2段階：単身 650 万円（夫婦 1,650 万円）／第3段階①：単身 550 万円（夫婦 1,550 万円）／第3段階②：単身 500 万円（夫婦 1,500 万円）

【預貯金の範囲】

資産性があり、換金性の高いものが対象となります。

○：預貯金・有価証券・投資信託・現金など（負債がある場合は差引）

×：生命保険・その他動産など

【確認方法】

〈預貯金(普通・定期)〉

通帳の銀行名・支店名・口座番号・名義が確認できるページと、最新の残高が確認できるページ(申請日より2カ月以内の記帳を確認できるもの)の写し。

※直近2か月分の履歴がわかるもの。

※年金の振込履歴を確認できるページを含めたもの。

〈有価証券・投資信託〉

証券会社名・銀行名・口座番号・名義が確認できるページと、最新の残高が確認できるページ(申請日から直近2カ月分が記帳されたもの)の写し。(ウェブサイトの写しも可)

〈金・銀等貴金属〉

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が対象です。

購入先会社名・銀行名・口座番号・名義が確認できるページと、最新の残高が確認できるページ(申請日から2カ月以内に記帳したもの)の写し。(ウェブサイトの写しも可)

〈負債(借入金・住宅ローンなど)〉

預貯金等から差し引いて計算します。借用証書等の写しを添付してください。

☆虚偽の申告を行った場合は、給付額の返還に加えて最大で給付額の2倍の加算金を支払うことになります。

負担限度額認定の申請について

申請は市役所(本館2階)、支所、出張所の窓口のほか郵送でも受け付けます。

介護保険負担限度額認定申請書		令和 年 月 日	
東広島市長 次の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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女
住所	〒 電話番号() -		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号() -		
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 年 月 日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びコンピュータを利用している場合は記入不要です。		
配偶者の有無	有・無	「無」の場合、「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	被保険者番号(65歳以上の方)	
	配偶者氏名	個人番号	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	性別 男・女
	住所	〒 電話番号() -	
課税状況	市町村民税 課税・非課税		
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
	<input type="checkbox"/>	②市町村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80万円以下です。(受給している年金にOLして下さい。 ※ 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。下同じ。)	
	<input type="checkbox"/>	③市町村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80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金にOLして下さい)	
	<input type="checkbox"/>	④市町村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。(受給している年金にOLして下さい)	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は650万円(夫婦は1,650万円)、③の方は550万円(夫婦は1,550万円)、④の方は500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①~④の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
		預貯金額	有価証券(詳細別算額)
申請者氏名		連絡先(自宅・勤務先)	
申請者住所		本人との関係	
注意事項			
(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。			
(2) 預貯金等については、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) 虚偽の申告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) 同意書は家族以外の方が記入される場合には委任状が必要になります。			
東広島市記入欄			
転入	有・無	備考	
住民税	課税・非課税	(所得分布の状況など)	
老齢福祉年金	有・無		
生活保護	有・無	<input type="checkbox"/> 代理権確認:委任状・被保険者証・その他	
有効開始	R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者確認:個・免・旅・障・在・専・保・その他()	
負担段階	1・2・3①・3②・4	<input type="checkbox"/> 番号確認:カード・職権	
(裏面の同意書に記入をお願いします)			

※1個人番号を記入した場合
★記入しなくても申請できます!

配偶者に関する事項

収入・預貯金等に関する申告
※非課税年金を含めた収入額
※通帳を持参または通帳の写しを添付してください。
(直近2カ月分が記帳されたもの)
※生活保護受給者の場合は必要ありません。

申請者が被保険者本人の場合以外は記入してください。

裏面に同意書があります。必ず記入してください。
※生活保護受給者の場合は必要ありません。

※1個人番号(マイナンバー)を記入した場合、①または②が必要です。(郵送申請の場合はコピーを添付してください)

- ①「本人の個人番号カード」と「代筆者の本人確認書類」
- ②「本人の通知カード」と「本人と代筆者の本人確認書類」

※本人確認書類は運転免許証など顔写真付きの場合1種類、介護被保険者証・年金手帳等の顔写真がない場合は2種類必要です。

※成年後見人の場合は「登記事項証明書」も必要です。

★個人番号を記入しなくても申請できます。

★個人番号を記入しない場合は本人確認の書類は不要です。

1. 配偶者に関する事項を記入してください。

2. 預貯金等の金額の記入と通帳等の写しを添付してください。

※本人と配偶者が所有する全ての預貯金等通帳が必要です。

※有価証券・投資信託も対象となります。

<コピーするページ> 最新の状態に通帳記入を済ませて提出してください。

- ・銀行名・支店名・口座番号・口座名義人の分かるページ
(表紙をめくった見開きページ)
- ・残高(普通預金・定期預金)の分かるページ
(原則申請日から2か月以内の記帳を確認できるもの*)

*直近2か月分の履歴がわかるもの。

*非課税年金(遺族年金・障害年金)を含む年金の振込履歴が確認できるページを含めたもの。

*普通預金・定期預金ともに残高の有無に関わらず添付が必要です。

*定期預金については残高を確認してから普通預金の残高と合わせて「預貯金額」に記載してください。

※窓口に通帳をご持参下されば、コピーは窓口でします。

3. 裏面の同意書欄に記入してください。

- ・配偶者がいる方は、配偶者の署名も必要です。
- ・代筆者が家族以外の方(ケアマネジャー、施設職員、知人など)の場合、委任状が必要です。

お問い合わせ先

〒739-8601

東広島市西条栄町8番29号(本館2階)

東広島市役所 介護保険課 介護給付係

TEL: 082-420-0937

FAX: 082-422-6851