

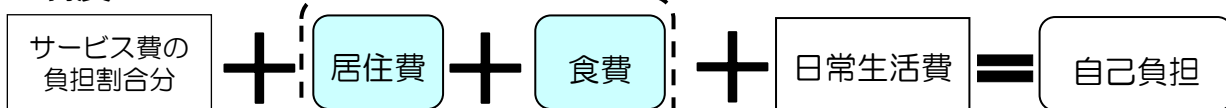
ご案内

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

- ① 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ること
- ② 利用者及び配偶者の預貯金の合計が、2,000万円以下（配偶者がいない場合は1,000万円以下）であること

○減額（利用者負担限度額）認定の段階

申請をすると、所得状況に応じて下記表のいずれかの段階の認定を受けます。

所得区分		利用料負担段階	
市町村民税	世帯課税者	第4段階（非該当）	
	非課税者	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80万円超	第3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80万円以下	第2段階
		老齢福祉年金受給者	第1段階
生活保護受給者		第1段階	

※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、遺児年金を含みます。）と障害年金です。

○減額（利用者負担限度額）認定による負担額の詳細

A) 1日あたりの居住費（部屋代）

居室タイプ	負担限度額			
	第1段階	第2段階	第3段階	
多床室（相部屋）	0	370	370	
従来型個室	①特養等	320	420	820
	②老健・療養等	490	490	1,310
ユニット型個室的多床室	490	490	1,310	
ユニット型個室	820	820	1,310	

B) 1日あたりの食費

第1段階	第2段階	第3段階
300	390	650

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

【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等(有価証券含む)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
 - ・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	シフヤ 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	000000000000
性別	男	住所	〒 150-0042 渋谷区宇田川町〇-〇 連絡先 03-3463-〇〇〇〇
住所	〒 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)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(※)	平成 30 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	有	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 氏名	シフヤ ハナコ 渋谷 花子	生年月日	昭和 7 年 8 月 9 日
個人番号	111111111111	住所	〒 150-0042 渋谷区宇田川町〇-〇 連絡先 03-3463-〇〇〇〇
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

必ず
記入してください

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/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 保険者にご記入ください。 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"/>	住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇してください。) ※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。以下同じ。	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と 【遺族年金・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に〇してください。)	
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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	1,500万 円	有価証券 (評価概算額)	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)	03-3463-〇〇〇〇
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