

介護保険負担限度額認定制度について

低所得の要介護者が、施設サービスや短期入所サービスを利用する際の食費や居住費（滞在費）の自己負担額を軽減する制度です。（有料老人ホームは対象となりません。）

対象となる方については、下表をご確認ください。

本人、配偶者（別世帯を含む）、および世帯全員が特別区民税非課税であることが前提となります。

利用者負担段階	対象（第1号被保険者）※1	
第1段階	①特別区民税非課税である老齢福祉年金受給者 ②生活保護受給者 ③中国残留邦人等支援給付の受給者	
第2段階	特別区民税非課税	収入額※2が80万円以下であって預貯金等の資産が650万円以下の方（夫婦の場合は1,650万円以下）
第3段階①		収入額※2が80万円超120万円以下であって預貯金等の資産が550万円以下の方（夫婦の場合は1,550万円以下）
第3段階②		収入額※2が120万円を超える方で、預貯金等の資産が500万円以下の方（夫婦の場合は1,500万円以下）

※1：第2号被保険者及び老齢福祉年金受給者の場合、預貯金等の資産は単身1,000万円以下、夫婦の場合2,000万円以下であること。

※2：収入額とは、本人の合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金（遺族年金・障害年金等）収入額のこと。

申請の際に必要なもの（必要書類に不備不足があると審査が中断します。）

- (1) 介護保険負担限度額認定申請書兼同意書
 - (2) 同意書（申請書の裏面）
 - (3) 本人及び配偶者の通帳等の資産、負債を確認できる書類のコピー（詳しくは4ページをご確認ください。）
 - (4) （配偶者が別世帯であり、大田区外に住民票を置いている方のみ）非課税証明書
 - (5) 本人のマイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード、通知カード等）
 - (6) 申請者の身元確認書類（書類については4ページ（参考）をご確認ください。）
 - a 写真付身分証明書（例：運転免許証、マイナンバーカード等）
 - b aがない場合は、写真なし身分証明書等を2種類（例：介護保険被保険者証、介護保険負担割合証等）
 - (7) 代理人が申請する場合は、委任状等の代理権が確認できるもの
 - ①任意代理人（家族等）や代理権付与がない保佐人、補助人等が申請する場合
 - ◎委任状（3ページをご参照ください。）
 - 委任状の作成が困難な場合（ご本人が字を書けない等）は、「官公署から発行された本人しか持ちえない書類の提示」をもって代理権の確認書類とすることも可能です。（例：介護保険被保険者証）
 - ②法定代理人（成年後見人、代理権付与がある保佐人、補助人等）が申請する場合
 - ◎登記事項証明書の写し（申請日時時点で有効なもの）
- ※(5)～(7)は、郵送の場合はコピーの提出、窓口は原本提示が必要です。（委任状は原本が必要です。）

負担限度額認定証について

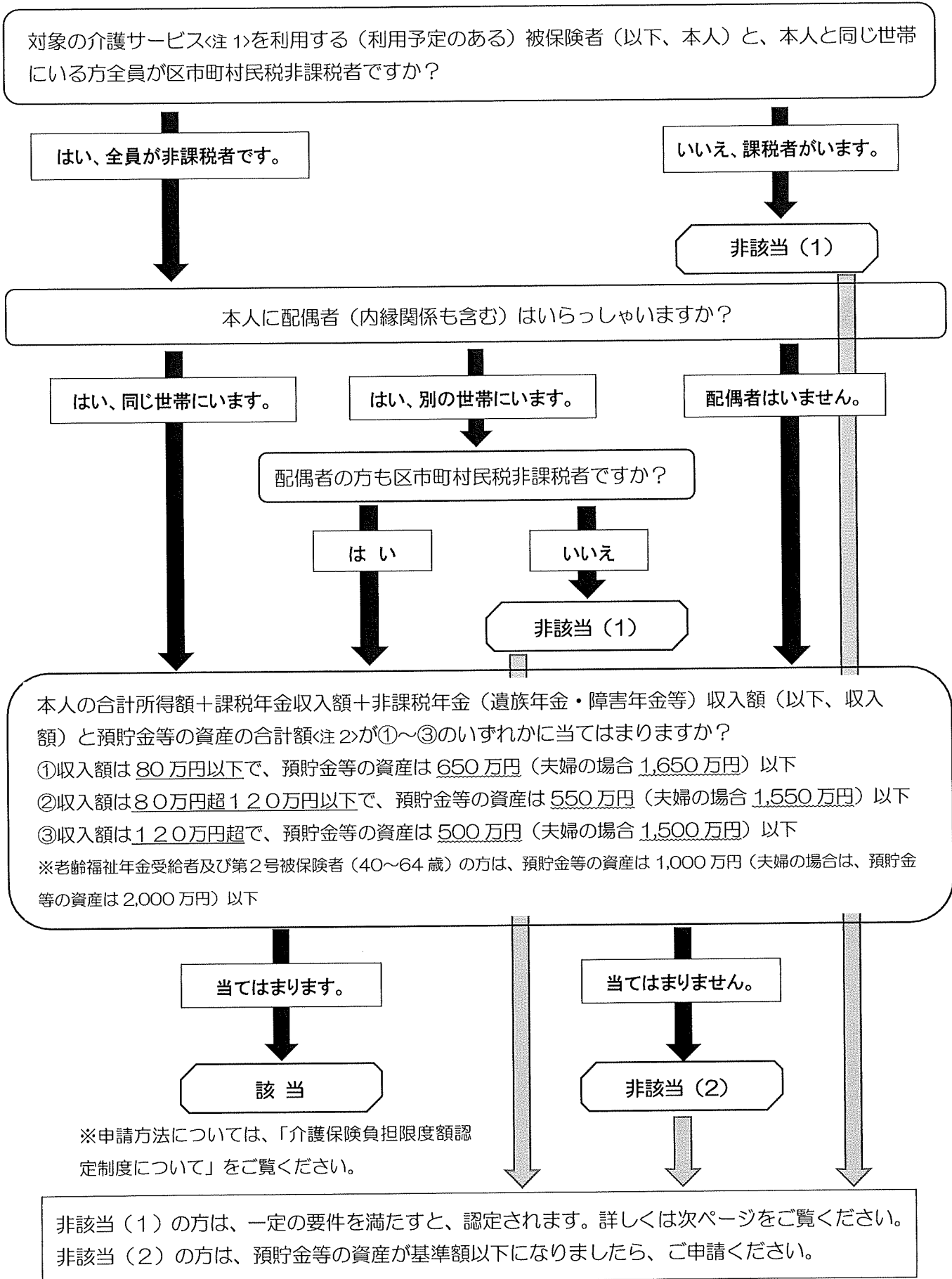
- 認定期間は原則として区が受理した日の属する月の初日からとなります。
- 審査結果は、郵送でご本人の住所または送付先変更届の送付先へお送りいたします。
- 軽減を受けるためには認定証を利用する施設にご提示ください。ご提示がない場合、認定を受けていても軽減が受けられないことがあります。ご注意ください。
- ※申請日以降に、住民税の修正申告をした場合や、世帯構成に変化があった場合等申請時の状況に変化があった場合は、認定の内容が変更になる場合がありますので、介護保険課給付担当にご連絡ください。

送付先・問合せ先

〒144-8621 大田区蒲田5-13-14

大田区役所福祉部介護保険課 給付担当 電話番号 03-5744-1622

負担限度額認定制度 判定フロー図



<注 1>施設サービスや短期入所サービス（※有料老人ホームやグループホーム等は対象外）

<注 2>預貯金、有価証券、現金等の合計額から、負債（住宅ローン等）を差し引いた金額

課税層に対する特例減額措置について

非該当（１）の方は、以下の要件をすべて満たすと、認定となります。

- ①その属する世帯の構成員が２以上（同一世帯に属していない配偶者も構成員として計算）
- ②介護保険施設及び地域密着型介護老人福祉施設に入所・入院し、利用者負担第４段階の食事・居住費を負担
- ③世帯の年間収入から施設の利用者負担（１～３割の介護サービス費、食費、居住費）の見込額を除いた額が 80 万円以下
 - ・世帯：施設入所にあたり世帯分離した場合でも、世帯の年間収入は従前の世帯構成員の収入で計算
 - ・収入：公的年金等の収入金額＋合計所得金額
- ④世帯の現金、預貯金等の額が 450 万円以下（預貯金等には有価証券、債券等も含まれる）
- ⑤世帯がその居住用の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用しうる資産を有していない
- ⑥介護保険料を滞納していない



申請される場合は、ご案内をお送りいたしますので、下記の間合せ先までご連絡ください。
 なお、申請には入所（入院）施設からの費用の見積もりが必要となりますので、あらかじめご準備ください。

<参考> 1日あたりの負担限度額

利用者負担段階	居住費等の負担限度額				食費の負担限度額 ※2
	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室 ※1	多床室	
第1段階	820円	490円	320円	0円	300円 (300円)
			490円		
第2段階	820円	490円	420円	370円	390円 (600円)
			490円		
第3段階①	1,310円	1,310円	820円	370円	650円 (1,000円)
		1,310円			
第3段階②	1,310円	1,310円	820円	370円	1,360円 (1,300円)
			1,310円		
第4段階（非該当）					

※1 従来型個室の上段は特別養護老人ホーム・短期入所生活介護、下段は介護老人保健施設や介護医療院などの利用時の限度額です。

※2 () 内は、ショートステイ利用時の金額です。

問合せ先

大田区役所福祉部介護保険課 給付担当
 〒144-8621 大田区蒲田 5-13-14
 電話番号 03-5744-1622

第14号の3様式(第26条の5関係)

介護保険負担限度額認定申請書兼同意書

(宛先) 大田区長

令和4年8月1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。

新規・再交付

フリガナ	オオタ タロウ	被保険者番号	0123456789
被保険者氏名	大田 太郎	個人番号	01234567890
生年月日	明・大(昭) 20年 1月 1日	連絡先	03-0000-0000
住所	大田区大森西△丁目△-△	連絡先	03-0000-0000
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(注1)	大田区蒲田○丁目○-○ 特別養護老人ホーム○○		
入所(院)年月日(注1)	昭・平(令) 3年 7月 1日		

配偶者の有無(注2)	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、記入不要です。	
フリガナ	オオタ ハナコ	生年月日	明・大(昭)・平 18年 1月 1日
氏名	大田 花子	住民税課税状況	課税 ・ 非課税
個人番号	01234567891	世帯状況	同一世帯・別世帯(大田区内)・別世帯(大田区外)
住所	大田区大森西△丁目△-△	連絡先	03-0000-0000
1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合) 東京都○○区○○○○丁目○-○		

収入、預貯金等に関する申告(注4)	<input type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者			
	<input type="checkbox"/>	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額80万円以下で、かつ、預貯金等の資産が650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下です。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額80万円超120万円以下で、かつ、預貯金等の資産が550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下です。			
	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額120万円超で、かつ、預貯金等の資産が500万円(夫婦の場合は1,500万円)以下です。				
預貯金額	450万 円	有価証券(評価額)	0 円	その他(現金・負債を含む。)	(現金) 50万 円

申請者が被保険者本人の場合には、以下についての記入は不要です。

申請者氏名	大田 一郎	連絡先(自宅・勤務先・携帯)	03-0000-0000
申請者住所 〒144-0053	大田区蒲田本町○丁目○-○	被保険者との関係	子

同意書

(宛先) 大田区長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者、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(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、大田区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行に伝えて構いません。

令和4年8月1日

<本人>

住所 大田区大森西△丁目△-△

氏名 大田 太郎

<配偶者>

住所 大田区大森西△丁目△-△

氏名 大田 花子

介護保険負担限度額認定申請書兼同意書

年 月 日

(宛先) 大田区長

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。

新規 ・ 再交付

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														
住所																				連絡先
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(注1)																				連絡先
入所(院)年月日(注1)	昭・平・令	年		月		日														

配偶者の有無(注2)	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、記入不要です。																			
配偶者に関する事項	フリガナ													生年月日	明・大・昭・平	年		月		日	
	氏名													住民税課税状況	課税 ・ 非課税						
	個人番号													世帯状況	同一世帯 ・ 別世帯(大田区内) ・ 別世帯(大田区外)						
	住所																				連絡先
	1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合)																			

収入、預貯金等に関する申告(注4)	<input type="checkbox"/>	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"/>	市町村民税世帯非課税者																		
	<input type="checkbox"/>	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額80万円以下で、かつ、預貯金等の資産が650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注3)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額80万円超120万円以下で、かつ、預貯金等の資産が550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下です。																		
	預貯金額		円	有価証券(評価概算額)		円	その他(現金・負債を含む)	() (注5)		円										

申請者が被保険者本人の場合には、以下についての記入は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所 〒	被保険者との関係

注1 ショートステイを利用している場合は、記入不要です。
 2 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。
 3 この申請書における「遺族年金」については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
 4 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入してください。書ききれない場合は、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。
 5 具体的な内容(現金、住宅ローン等)を記入してください。
 6 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。

同意書

(宛先) 大田区長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者、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（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、大田区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

年 月 日

(宛先) 大田区長

(委任者・被保険者)

住所 _____

氏名 _____ 印

委任状

私は、介護保険（負担限度額認定申請）について
下記の者を私の代理人と定め、その権限を委任します。

記

受任者

(1) 住所 〒

(2) 氏名

(3) 委任者との関係

(4) 電話番号

負担限度額認定申請 資産・負債確認書類等添付台紙

被保険者氏名：

被保険者番号：

ここに通帳等の写しを添付してください

ご本人・配偶者名義のすべての通帳が必要となります。

○口座名義人・口座番号・銀行名・支店がわかる部分(表紙を1ページめくった部分)

○最新の残高がわかる部分(申請日の直近2か月以内に記帳したもの、定期預金含む)

○年金の振込がわかる部分

提出が必要なもの	提出方法
預貯金(普通・定期) 出資金(信用金庫・信用組合)	通帳の写し(インターネットバンキングであれば 口座残高の写し) 口座名義人・口座番号・銀行名・支店がわかる部分 最新の残高がわかる部分
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	証券会社、銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しでも可)
金・銀(積立購入を含む)購入先の口座残高によって 時価評価が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しでも可)
投資信託	銀行、投資信託、証券会社の口座残高の写し (ウェブサイトの写しでも可)
タンス預金(現金等)	自己申告
負債(借入金・住宅ローン等)	借用書などの現在の借入れ状況が分かる書類の写し

(参考) 申請者の身元確認書類	【a】または【b】が必要です。 郵送の場合は、コピーをご提出ください。
【a】1種類	【b】2種類以上
運転免許証等 旅券 住民基本台帳カード(写真あり) 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード又は特別永住者証明書 写真付き身分証明書(マイナンバーカード等)	(国民・後期高齢者等の)医療被保険者証 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証 年金手帳 健康保険日雇特例被保険者手帳 (国家・地方公務員)共済組合の組合員証 写真なし資格証明書(生活保護受給者証等) 国税、地方税、社会保険料、公共料金の領収書 戸籍の附票の写し(謄本もしくは抄本も可) 住民票の写し、住民票記載事項証明書 源泉徴収票(公的年金等の源泉徴収票)