

# 令和5年度 介護保険負担限度額認定申請について

負担限度額は、介護保険施設等を利用する場合の居住費と食費を軽減する制度です。

## ◆対象の施設利用サービス

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、  
地域密着型介護老人福祉施設、ショートステイ（短期入所生活介護・短期入所療養介護）

## ◆対象者の条件

利用者 負担段階	対象となる人		
	所得の状況	預貯金等(※2)の金額（夫婦の場合）	
第1段階	生活保護を受給している人	—	
第2段階	世帯員全員(※1)が 住民税非課税	老齢福祉年金を受給している人	1,000万円(2,000万円)以下
		合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以下の人	650万円(1,650万円)以下
第3段階①	世帯員全員(※1)が 住民税非課税	合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下の人	550万円(1,550万円)以下
第3段階②		合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超の人	500万円(1,500万円)以下

※1 世帯を別にしていない配偶者や内縁関係である者も含まれます。

※2 普通預金・定期預金・定期積立等の預貯金以外に該当となるもの

種類	確認方法
有価証券（株式、国債、社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し
金等（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
投資信託	銀行、信託銀行証券会社等の口座の写し
タンス預金（現金）	自己申告
負債（借入金・住宅ローンなど）	借用書など

※生命保険、自動車、宝石、骨董品などは預貯金等に該当しません。

## ◆申請に必要なもの

- ①介護保険負担限度額認定申請書 ※両面
- ②本人及び配偶者名義のすべての通帳の写し  
※名義、口座番号、2ヶ月前～最新（提出日現在）の預金額がわかるページのコピー
- ③本人及び配偶者名義の有価証券残高の写し  
※証券会社や銀行の口座残高の写し、ウェブサイトの写しも可）

◆提出方法 ①持参の場合 市役所1階 高齢介護支援課窓口へ提出してください。

②郵送の場合 〒418-8601（住所不要） 高齢介護支援課 宛

**◆通帳をコピーする際は、以下の注意点を確認してください。**

①通帳の表面

※ゆうちょ銀行を使用している場合は、口座番号の記載が表紙に無いため、表紙と2ページ目のコピーを提出してください。



②記帳されているページ（原則申請される日から直近2ヶ月間の取引がわかるもの）

年月日	摘要	お支払金額	お預り金額	残高
R5-4-15	年金		100,000	250,452
R5-4-16	カード	80,000		170,452
R5-5-01	カード	15,000		155,452
R5-6-15	年金		100,000	255,452

直近2か月間の取引がわかる部分

③定期預金のページ（定期預金がある場合は、必ずコピーを提出してください。）

年月日	金額	満期日	利率
		残高	
ご継続 04-04-01	スーパー定期 ¥1,500,000	05-04-01	0.0025%
		¥1,503,750	

**◆負担限度額が適用された場合の1日あたりの金額**

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	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

※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。