

## 【介護保険負担限度額認定について】

施設サービスやショートステイでの食費・居住費は全額自己負担が原則ですが、要件を満たし、介護保険負担限度額認定を受けたかた（※申請が必要です）は、食費・居住費の負担額が減額されます。

### 1 対象となるサービスは？

- ①施設サービス・・・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院
- ②ショートステイ・・・（介護予防）短期入所生活介護・（介護予防）短期入所療養介護
- ③地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・・・地域密着型特別養護老人ホーム

※負担限度額認定制度を一部、または全部利用できない施設があります。詳しくは各施設へお問い合わせください。

### 2 対象となる人は？

要件①：利用者本人を含む**世帯全員**（別世帯の配偶者を含む）が**住民税非課税**である

要件②：所得金額及び預貯金等の**資産の額が一定額以下**である（下記表のとおり）

所得段階	所得要件	資産要件
第1段階	生活保護受給者のかた	なし
第2段階	収入額が80.9万円以下のかた 【収入額】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）	単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下
第3段階①	収入額が80.9万円超 120万円以下のかた 【収入額】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）	単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下
第3段階②	収入額が120万円超のかた 【収入額】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）	単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下

※65歳未満（2号被保険者）のかたの資産要件は単身 1,000万円（夫婦 2,000万円）以下です。

※課税世帯のかたでも、高齢夫婦世帯などにおいて一方のかたが施設に入所し、食費・居住費を負担した結果生計困難になるなど、下記の6つの要件を全て満たす場合は、特例的に第3段階の負担軽減を受けることができます。（申請が必要です。詳しくはご相談ください。）

①2人以上の世帯のかた（別世帯に配偶者がいる場合や施設入所により世帯が分かれた場合も、なお同一世帯とみなす。②～⑥において同じ。）、②介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所し、食費・居住費について全額自己負担している、③世帯の年間収入から施設の利用者負担の見込み額を除いた額が80万円以下、④世帯の現金・預貯金等の額が450万円以下、⑤世帯が日常生活に必要な資産以外に利用し得る資産を有していない、⑥世帯全員が介護保険料を滞納していない

### 3 基準費用額と負担限度額

居住費と食費には、基準費用額と第1～3段階②の負担限度額が設けられています。負担限度額認定を受けた場合は、自己負担は負担限度額の範囲内の金額になり、基準費用額と負担限度額の差額を介護保険が負担します。

#### ●1日当たりの居住費・食費

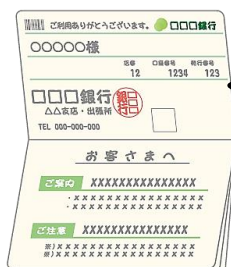
利用者負担段階	1日当たりの居住費						1日当たりの食費	
	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室（特養）	従来型個室（老健） （介護医療院）	多床室（特養）	多床室（老健） （介護医療院）	施設入所 （その他のサービス）	ショートステイ （短期入所生活介護） （短期入所療養介護）
第1段階	880円	550円	380円	550円	0円	0円	300円	300円
第2段階	880円	550円	480円	550円	430円	430円	390円	600円
第3段階①	1,370円	1,370円	880円	1,370円	430円	430円	650円	1,000円
第3段階②	1,370円	1,370円	880円	1,370円	430円	430円	1,360円	1,300円
基準費用額	2,066円	1,728円	1,231円	1,728円	915円	697円	1,445円	1,445円

## 4 認定の申請方法

1. **申請書** および **同意書** に必要事項を記入します。
2. 下記の**添付書類**をそろえてください（※生活保護受給者の方は添付書類は必要ありません）

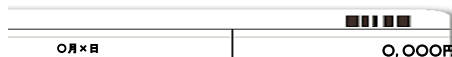
- 被保険者本人と配偶者（世帯外配偶者を含む）の**すべての預貯金通帳**について、下記①～④のコピー

① 通帳の表面をめくって **内側** 見開きページ



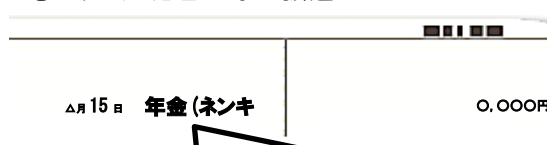
銀行名  
支店名  
口座番号  
口座名義

② 口座の**最終残高**がわかるページ



申請日の直近  
2か月以内のもの  
2か月以内に入出金がない場合は余白に「以降入出金なし」とご記入ください

③ 年金受給者は**年金振込**のわかるページ



申請日から直近偶数月  
15日頃の年金の振込記録

④ **定期預金・貯蓄預金**の記録がわかるページ

定期貯蓄預金			
〇月×日	定期・貯蓄	満期振替済	〇,〇〇〇円
〇月×日	定期・貯蓄		〇,〇〇〇円
〇月×日	定期・貯蓄		〇,〇〇〇円

記載が一切ない方も、『定期・貯蓄預金無し』の証明としてコピーを添付してください。

- **その他資産**については下記表の通り添付書類をご用意ください

資産の種類	対象か否か	提出書類
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	○	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）
金・銀（積立購入を含む）など、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	○	購入先の口座残高の写し
投資信託	○	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
タンス預金（現金）	○	※申請書への記入のみ
負債（借入金・住宅ローンなど）	○	借入証書などの写し

ネットバンクや通帳アプリ等オンライン上で資産を記録されている方

対象の口座番号・名前・金額（年金記録・最終残高）がわかる画面のスクリーンショットやPDFを印刷し、ご添付下さい。

3. 佐倉市役所 介護保険課窓口へ提出します（郵送可）。

## 5 申請から決定まで

申請後、通常（※）2週間程度で決定通知書を郵送します。負担限度額の対象となる方は、負担限度額認定証も郵送します。

- ① 内容を確認してください。  
証には、食費と居住費の負担限度額が記載されています。証の有効期間は、通常、申請日（郵送の場合消印有効）の属する月の初日から開始し、申請日以後最初に到来する7月31日までとなります。
- ② 対象となるサービス利用時に認定証を施設に提示します。  
負担限度額の範囲内の自己負担になります。

【問合せ・送付先】

郵送の場合、切り取って宛名としてご利用いただけます

※ 以下に当てはまる場合は発送が遅くなることがあります。

- ・介護認定がまだ出ていない場合
- ・本人または家族に他市区町村からの転入者がいる場合
- ・遺族年金や障害年金を受給している場合
- ・他市区町村に配偶者が居住している場合
- ・申請書類に不備がある場合

〒285-8501

千葉県佐倉市海隣寺町 97 番地

佐倉市役所 介護保険課 介護給付班

電話：043-484-6174