

介護保険負担限度額認定のご案内

～特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給について～

介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院）やショートステイを利用する方の食費・居住費については、施設との契約により決定しますが、低所得の方への助成（補足給付）を行っています。負担軽減を受けるためには市に申請し、認定証の交付を受ける必要があります。なお、認定証の有効期限は申請月初日から毎年7月末までとなり、継続する場合は更新申請が必要です。

■ 対象となる方

負担軽減を受けられるのは、次のいずれにも該当する方です。

- (1) 介護保険の認定を受けている方
- (2) 本人及び同一世帯全員（別住所に居住している配偶者を含む）が市町村民税非課税者
- (3) 利用者負担段階に応じた資産要件を満たしている方

利用者負担段階	所得の基準	預貯金等の基準※2
第1段階	生活保護受給者又は 市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者	単身1,000万円以下 （夫婦2,000万円以下）
第2段階	市民税非課税世帯で、年金収入金額と合計所得金額※1の合計が82万6,500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	市民税非課税世帯で、年金収入金額と合計所得金額の合計が82万6,500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	市民税非課税世帯で、年金収入金額と合計所得金額の合計が120万円超の方	単身500万円以下 （夫婦1,500万円以下）

※1 地方税法上の合計所得金額から公的年金等に係る雑所得を控除した金額となります。なお、給与所得が含まれている場合には、当該給与所得の金額（所得金額調整控除の適用がある場合は、所得金額調整控除適用前の給与所得金額）から10万円（控除後の額が0円を下回る場合は0円）を控除した金額となります。

※2 第2号被保険者の預貯金等の資産要件は、各利用者負担段階にかかわらず単身1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。

利用者負担段階と負担限度額（日額）

			第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階 基準費用額
食 費			300円 【300円】	390円 【600円】	680円 【1,030円】	1,420円 【1,360円】	1,545円
居 住 費	ユニット型個室		880円	880円	1,370円	1,470円	2,066円
	ユニット型個室的多床室		550円	550円	1,370円	1,470円	1,728円
	従来型 個室	特別養護老人ホーム等	380円	480円	880円	980円	1,231円
		老人保健・医療院等	550円	550円	1,370円	1,470円	1,728円
	多床室	特別養護老人ホーム等	0円	430円	430円	530円	915円
		老人保健・医療院(注) (室料を徴収する場合)	0円	430円	430円	530円	697円
		老人保健・医療院等 (室料を徴収しない場合)				430円	437円

※基準費用額は、利用事業所との契約金額となります。

※【】内の金額はショートステイの場合です。

(注)「その他型」もしくは「療養型」の介護老人保健施設(※)又は「Ⅱ型」の介護医療院における多床室の入所者(療養室の床面積が8㎡/人以上に限る。)が対象。

■ 手続きに必要なもの

- ☐ 介護保険負担限度額認定申請書
- ☐ 預貯金等の資産の額が分かる書類(本人・配偶者) ※生活保護受給中の方は不要
- ☐ マイナンバーカードまたは通知カード(本人・配偶者)
- ☐ 窓口に来られる方の本人確認ができる書類
 - ・顔写真入りのもの1点(運転免許証、マイナンバーカード、障害者手帳など)
 - ・顔写真のないもの2点(介護保険被保険者証、資格確認書、年金手帳など)
- ☐ 本人以外が申請される場合は代理権の確認ができる書類
 - ・被保険者の公的証明書の原本(介護保険被保険者証、資格確認書、年金手帳、障害者手帳など)
 - ・被保険者の預貯金通帳の原本
 - ・委任状
- ☐ 自署できない場合は印鑑(本人・配偶者)

■ 預貯金等の資産が分かる書類

対象となる資産の種類	確認のために添付が必要な書類
☐ 預貯金(普通預金・定期預金) ※本人、配偶者名義のすべての預貯金対象 ※残高が少ない通帳も添付が必要 適正な審査のため <u>申請日直近での記帳</u> をお願いします 申請前にまとまった金額を引き出された場合は、 <u>領収書等の確認</u> をさせていただきます	通帳の写し (インターネットバンクの場合はウェブサイトの写しも可) <u>通帳のコピー箇所</u> 次の①から③までが <u>全て</u> 必要となります。 該当する部分については、 <u>全ページ</u> の上下をコピーしてください。 ① <u>銀行・支店・口座番号・名義</u> ② <u>最終残高の記載日</u> ※から2か月前までの取引状況 ※申請日から2か月以内であること。ただし、直近2か月以内に出入金がない場合は最新の取引日であること。 ③ <u>定期預金</u> ※同一通帳に定期預金がある場合、 <u>該当する全ページ</u> の上下 (預け入れがない場合も、残高がないことを確認するため、定期預金のページをコピーしてください) ※証書や定期専用の別通帳がある場合は <u>該当する全ページ</u> の上下及び <u>銀行・支店・口座番号・名義</u> の分かる部分
☐ 有価証券・投資信託 株式・国債・地方債・社債など	銀行、信託銀行、証券会社等の口座名義と口座残高の記載箇所の写し(ウェブサイトの写しも可)
☐ 金・銀(積立購入含む) その他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	購入先の銀行等の口座名義と口座残高の記載箇所の写し(ウェブサイトの写しも可)
☐ タンス預金(現金)	自己申告
☐ 負債 預貯金等の額と相殺。ただし、営む事業に関する負債は除く	住宅ローンやマイカーローンなどの借用証書 ※借入額、返済期日等が記載され、署名、捺印がある金銭消費貸借契約書などの負債額を確認できる書面
【申告不要な資産】 生命保険、自動車、貴金属(腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの)、 その他高価な価値のあるもので、ゴルフ場会員権など時価評価額の把握が困難であるもの	

【注意事項】虚偽の申告により不正に特定入所者サービス費等の支給を受けた場合、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額を返還していただくことがあります。



ご注意ください

証の提示がないと軽減を受けられません！認定された場合は、市から証を送付しますので、利用する施設の職員に証をご提示ください。

■□■お問い合わせ■□■

山口市介護保険課

TEL 083-934-2795