

介護保険負担限度額認定申請について

介護保険施設サービスを利用したときの「食費」と「居住費等」は自己負担が原則ですが、申請により負担額の一部が介護保険から支給されます。申請手続きはご本人、ご家族のほか施設職員やケアマネージャーに委任することができます。

【対象となる方（次の(1)から(3)の要件全てを満たしている方）】

(1) 市民税非課税世帯の方（別居の配偶者も非課税の方）

※年金受給者以外の世帯員が税の申告をしていない場合は、申告を済ませてください。

（収入が無い場合もその旨の申告が必要です）

(2) 滞納による給付制限を受けていない方

(3) 預貯金が基準額以下の方（令和7年8月から）

利用者負担段階区分	収入要件	預貯金等の資産要件
第1段階	生活保護受給者	1,000万円（夫婦2,000万円）
第2段階	年金収入等80.9万円以下	650万円（夫婦1,650万円）
第3段階①	年金収入等80.9万円超120万円以下	550万円（夫婦1,550万円）
第3段階②	年金収入等120万円超	500万円（夫婦1,500万円）

※ 年金収入等は公的年金等収入金額（非課税年金を含みます。）＋その他合計所得金額です。

※ 第2号被保険者（40歳から64歳の方）は1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。

【必要書類】

・介護保険負担限度額認定申請書

・同意書（申請書の裏面）

・本人及び配偶者名義の通帳等の写し

※①銀行名、口座番号、名義人等が記載してあるページ

②最終残高と2か月程度の明細が記帳されたページが必要です。

※複数の口座がある場合は、残高のあるすべての口座の写しが必要です。

【注意事項】

1. 預貯金は本人、配偶者のすべての口座が申告対象です。

・申告の対象は年金口座ではありません。定期預金、投資信託、タンス預金も対象となります。

預貯金は、目的・用途を問わず申告の対象です。

・未申告の口座があり、基準を超過する場合は加算金の対象となります。

（申告した口座以外も金融機関に対し随時照会を行います。）

・負債（借入金、住宅ローン等）がある場合は預貯金から差し引きますので、借入証書等を添付してください。

2. 通帳は記帳してください。

・通帳は記帳し、明細が追加されない場合は、【入出金履歴がない】ことと【確認日】を追記してください。

3. 申請後に資産が超過した場合は再度申請してください。

・発行される負担限度額認定証の有効期間は翌年7月31日迄となっていますが、期間中に資産が超過した場合は申請し認定証を返却してください。翌月から対象外となりますが、基準内となった後で再度申請いただくと対象となります。超過したまま給付を受け続けた場合は支給額を返還していただきます。

※不正に支給を受けた場合には、介護保険法に基づき、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。

記入例

(宛先)
鹿角市長

令和 7 年 7 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 申請書を提出した年月日を記入してください。

フリガナ	カヅノ ハナコ	被保険者番号	5	2	9	0	9	9	9	9	9
被保険者氏名	鹿角 花子	個人番号									
		生年月日	大	昭	10	年	1	月	1	日	
住 所	鹿角市(花輪・十和田・八幡平・尾去沢) 字 下花輪 50										
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)											
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 年 月 日	(※)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	カヅノ タロウ	個人番号									
氏 名	鹿角 太郎	生年月日	大	昭	9	年	1	月	1	日	
現 住 所	鹿角市(花輪・十和田・八幡平・尾去沢) 字										
本年1月1日 現在の住所	同上	現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。									
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税										

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者	計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が	
	市民税世帯非課税	該当する区分に☑してください。	
	☐ 年額80.9万円以下です。	非課税年金を受給している方は、受給している全ての年金の保険者に☑してください。	預貯金等
	☒ 年額80.9万円を超え、120万円以下です。	☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済	650万円(夫婦は1,650万円)以下 550万円(夫婦は1,550万円)以下 500万円(夫婦は1,500万円)以下
☐ 年額120万円を超えます。	※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。		
預貯金等に関する申告 (配偶者がいる場合は合計額)	預貯金等の合計額が基準以内であれば☑してください。 (超過している場合は該当になりません。)		
預貯金額	合計3,500,000円	有価証券 (評価額算額)	合計500,000円
その他 (現金・負債等)	(現金)※ 合計320,000円		

※裏面の同意書も必ず記入してください。

種類ごとに合計額を記入してください。夫婦の場合は二人の合計額です。

※内容を記入してください。場合は判定出来ません。)

提出者氏名	鹿角 二郎	電話番号(自宅・勤務先・事業所)	30-NNNN
提出者住所 [事業所の場合は事業所]	花輪字荒田4-1	本人との関係	子

注意事項

- (1) 被保険者本人以外が申請書を提出する場合は必ず記入してください。
- (2) 裏面の同意書も必ず記入してください。
- (3) (本人および配偶者)
- (4) 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、支給額に課税及び徴収金の加算金を返還しなければならないことがあります。

鹿角市確認欄	生活保護	☐ 非該当 ☐ 該当	負担段階	入力	発行	交付
	境界層	☐ 非該当 ☐ 該当				☐ 窓口
	特例減額					施設
	預貯金					郵送
	本人					
	世帯					
配偶者	☐ 無 ☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告 ☐ 他市町村					

この欄は記入しないでください。