

# 介護保険負担限度額の認定について

利用者負担段階の判定に平成28年8月から  
非課税年金（遺族年金・障害年金）も含めて判定することになります。

介護保険3施設（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）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、ご本人による負担が原則ですが、低所得者の方については、食費・居住費の負担軽減を行っています。負担軽減を受けるには申請が必要です。

## 食費・居住費の自己負担限度額（1日あたり）

| 負担段階 | 利用者 | 対象者  | 食費      | 居住費          |                |        |        |        |
|------|-----|--|---------|--------------|----------------|--------|--------|--------|
|      |     |  |         | 多床室<br>(相部屋) | 従来型個室<br>(特養等) |        | ユニット型  |        |
|      |     |  |         |              | (老健、療養等)       | 準個室    | 個室     |        |
| 第1段階 |     | 生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者で世帯全員（※）が住民税非課税                      | 300円    | 0円           | 320円           | 490円   | 490円   | 820円   |
| 第2段階 |     | 世帯全員（※）が住民税非課税で本人の合計所得と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年間80万円以下の方 | 390円    | 370円         | 420円           | 490円   | 490円   | 820円   |
| 第3段階 |     | 世帯全員（※）が住民税非課税で上の基準に該当しない方                             | 650円    | 370円         | 820円           | 1,310円 | 1,310円 | 1,310円 |
| 第4段階 |     | 上記以外の方   | 負担限度額なし |              |                |        |        |        |

かつ、預貯金が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下

（※）世帯を分離している配偶者を含む

### ●交付対象となる期間

平成28年8月1日～平成29年7月31日まで

### ●提出書類

#### ① 介護保険負担限度額認定申請書

※裏面の同意書も記載ください。

※遺族年金・障害年金を受給している方は必ず申告をお願いします。

→「収入に関する申告」の欄に該当する年金に○をつけてください。

#### ② 預貯金（普通・定期）の通帳、有価証券等のコピー

※（1）銀行名・口座番号・名義人等が記載しているページ

（2）提出日から遡って2か月分の記載ページ の両方が必要です。

※本人及び配偶者名義のすべての通帳について、残高の多少に関わらず、コピーが必要です。