

介護保険負担限度額認定証について

介護保険4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・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、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。

食費・居住費の自己負担限度額（1日あたり）

利用者負担段階	対象者		食費 【 】内はショートステイ利用時	居住費				
				多床室 ()内は特養、短期入所生活介護利用時	従来型個室		ユニット型	
	所得の状況	預貯金等の資産状況（※2）（ ）内は配偶者がいる場合			特養等	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	1,000万円 (2,000万円) 以下	300円 【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	650万円 (1,650万円) 以下	390円 【600円】	370円	420円	490円	490円	820円
第3段階①	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80万円超以上120万円以下	550万円 (1,550万円) 以下	650円 【1,000円】	370円	820円	1,310円	1,310円	1,310円
第3段階②	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120万円超以上	500万円 (1,500万円) 以下	1,360円 【1,300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)		1,445円	377円 (855円)	1,171円	1,668円	1,668円	2,006円

(※) 世帯を分離している配偶者を含む

●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してください。

※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〇をつけてください。

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。

問い合わせ先：猪名川町役場 生活部保険課 072-767-6235