

平成29年度 介護保険負担限度額認定について

介護保険制度には、施設入所及び短期入所を利用される方を対象に、食費・部屋代の負担を軽減する制度があります。

この減額制度を受けるためには、あらかじめ市へ申請し、交付された「介護保険負担限度額認定証」を利用する事業所等に提示する必要があります。

対象となる人

※次の両方を満たす人

- ・世帯全員および配偶者が市町村民税非課税であること
- ・預貯金等の資産の額の合計が1,000万円以下、配偶者がいる場合は2,000万円以下であること

申請に必要なもの

- ① 介護保険負担限度額認定申請書、同意書（裏面）
- ② 本人の印鑑
- ③ 預貯金等の資産の額がわかる書類の写し ※配偶者がいる場合には、配偶者の書類も必要です。
※生活保護受給中の方は③の書類は不要です。



| 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・定期） | 通帳の写し（通帳等を複数お持ちの場合は、すべてご用意ください。） ※「口座名義および口座番号」、「最終残高のページ（申請日から2か月以内）」の写しが必要です。 |
| 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 | 購入先の銀行等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| 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） | 自己申告 |
| 負債（借入金・住宅ローンなど） | 借用証書（貸付額、返済期日等が記載され、署名・捺印がある金銭消費貸借計画書など負債額を確認できる書面） |

- ④ 本人の個人番号（マイナンバー）を確認できる書類
- ⑤ 代理人が申請される場合は代理権の確認書類
・委任状または本人の介護保険証、医療保険証など官公署から本人に対し一に限り発行・発給された書類
- ⑥ 窓口に来られる方の身元を確認できる書類（官公署から発行されたもの）
・免許証やパスポートなど顔写真のあるもの
（お持ちでない場合は、介護保険証＋医療保険証、年金手帳＋負担割合証など、所定の書類を2つ以上）

※個人番号（マイナンバー）が分からない場合など個人番号の記載が難しい場合や、本人が認知症等で意思表示能力が著しく低下しており代理権の授与が困難な場合は、申請書への個人番号の記載をせずに申請することができます。この場合、申請に④～⑥の書類は不要です。

利用者負担段階と負担限度額（日額）

| 利用者負担段階 | 対象者 | 部屋代 | | | | 食費 |
|-----------|---|---------|----------|------------------|------|------|
| | | 1ベッド型個室 | 1ベッド型準個室 | 従来型個室 | 多床室 | |
| 第1段階 | 老齢福祉年金の受給者、生活保護の受給者 | 820円 | 490円 | 490円 (320円) | 0円 | 300円 |
| 第2段階 | 「公的年金収入金額（障害年金、遺族年金を含む）」と「合計所得金額」の合計が、年間80万円以下の人 | 820円 | 490円 | 490円 (420円) | 370円 | 390円 |
| 第3段階 | 「公的年金収入金額（障害年金、遺族年金を含む）」と「合計所得金額」の合計が、年間80万円を超える人 | 1,310円 | 1,310円 | 1,310円 (820円) | 370円 | 650円 |
| 第4段階（非該当） | 対象となる要件を満たさない人 | 負担限度額なし | | | | |

※介護老人福祉施設と短期入所生活介護を利用した場合の従来型個室の負担限度額は（ ）内の金額になります。

※本人又は配偶者等が課税されているために第4段階となる場合は、特例減額制度があります。詳しくは下記までお問い合わせください。

- 【問合せ先】 高齢者支援課 介護給付・保険料担当 電話：0834-22-8467
〒745-0032 周南市銀座2丁目13番地（旧近鉄松下百貨店）
- 【申請窓口】 周南市役所 高齢者支援課・各総合支所・各支所

介護保険負担限度額認定申請書

《表面》

平成 年 月 日

(宛先) 周南市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

| |
|----|
| 年度 |
|----|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|---|--------|---|---|---|---|--|--|--|------|---|---|---|-------------------------------------|--|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 印 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性 | 別 | 男 | | | | | 女 | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | | 電話番号 | (|) | — | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 | | | | | | | | | | | 電話番号 | (|) | — | ※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は、記入不要です。 | |
| 入所(院)年月日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|----------------------------------|--------------------------------|------|------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|
| 配偶者の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | ※「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | | 生年月日 | 明・大・昭・平 | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税 | | <input type="checkbox"/> 課税 | | <input type="checkbox"/> 非課税 | | | | | | | | ※申請が1月から7月までの場合は前年1月1日時点となります。 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|-------|--|-----|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 非課税年金の受給状況 | 非課税年金受給 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | ※「有」の場合は、「年金の種類」と「年金保険者」について、あてはまるものすべてに○をしてください。 | | | | | | | | | | | |
| | 年金の種類 | 遺族年金・障害年金 | 年金保険者 | <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※と合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。 ※非課税年金を含む | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※と合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超えます。 ※非課税年金を含む | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円（夫婦は合計 2000 万円）以下です。 ※通帳等の写しを添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 | 円 | 有価証券 | 円 | その他 | (内容) | 円 | | | | | | | | |

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

| | | | | | | | |
|-----|-----|--|--|--------|---|---|---|
| 申請者 | 氏 名 | | | 電話番号 | (|) | — |
| | 住 所 | | | 本人との関係 | | | |

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の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。
- (5) 負担限度額認定の適用は、原則として申請日（周南市で受け付けた日）の属する月の初日からとなります。

| 周南市確認欄 | | | | | |
|---------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 資産合計 | <input type="checkbox"/> 基準以下 | <input type="checkbox"/> 基準超過 | 本人の課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 | <input type="checkbox"/> 課税 |
| 老福年金・生保 | <input type="checkbox"/> 受給 | <input type="checkbox"/> 非受給 | 世帯の課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 | <input type="checkbox"/> 課税 |
| 認定結果 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 (非該当) | 交付年月日 平成 年 月 日 |

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

| |
|----------------|
| 受付印 (窓口・郵送) |
|----------------|

同意書

(宛先) 周南市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、周南市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

記入方法

介護保険負担限度額認定申請書

《表面》

平成29年 8月 1日

(宛先) 周南市長
次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

29 年度

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ シュウナン タロウ | 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| 被保険者氏名 周南太郎 | 個人番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 0 |
| 生年月日 明・大・昭 12年 2月 2日 | 性別 | 男 | | | | | | | | | | | |
| 住所 周南市〇〇一丁目1-1 | 電話番号 (0834) 〇〇-〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 周南市〇〇町2-2 特別養護老人ホーム しゅうなん | 電話番号 (0834) 〇〇-〇〇〇〇 | ※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 昭・平 26年 6月 6日 | | | | | | | | | | | | | |

→ 提出する日を記入してください。
→ 平成29年8月1日から有効なものの申請が「29年度」になります。

→ 個人番号（マイナンバー）を記入してください。
更新の場合は省略できます。

→ 住民票の住所を記入してください。

→ 「特別養護老人ホーム」「介護老人保健施設」「療養型医療施設」に入所している場合のみ記入してください。

配偶者の有無 有 無 ※「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。

| | | | |
|----------------|---|------|-----------------|
| フリガナ シュウナン ハナコ | 氏名 周南花子 | 生年月日 | 明・大・昭 18年 8月 8日 |
| 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ | | |
| 電話番号 | () - () () () | | |
| 課税状況 | <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 | | |

※申請が1月から7月までの場合は前年1月1日時点となります。

→ 配偶者は内縁関係も含みます。

| | |
|------------|---|
| 非課税年金の受給状況 | 非課税年金受給 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合は、「年金の種類」と「年金保険者」について、あてはまるものすべてに○をしてください。 |
| 年金の種類 | 遺族年金・障害年金 年金保険者 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私立共済 |
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 ※非課税年金を含む <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。 ※非課税年金を含む |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は合計2000万円）以下です。 ※通帳等の写しを添付してください。 |
| 預貯金額 | 1,200,000円 有価証券 (詳細帳算額) 0円 その他 (内容) 0円 (現金・負債を含む) |

→ 平成28年中の非課税年金の受給について記入してください。

→ 平成28年中の収入について記入してください。

→ 配偶者がいる場合は、夫婦での合計額を記入してください。
通帳の名義と口座番号がわかるページと、最終残高がわかるページ（申請日から2か月以内）の写しを提出してください。
「預貯金額」は通帳の写しの残高の合計額を記入してください。

※申請者が被保険者本人の場合は、下記について記入は不要です。

| | | | |
|--------|-------------|--------|----------------|
| 申請者 氏名 | 周南里子 | 電話番号 | (0834) 〇〇-〇〇〇〇 |
| 住所 | 周南市〇〇二丁目2-2 | 本人との関係 | 子 |

注意事項
 (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
 (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
 (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の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。
 (5) 負担限度額認定の適用は、原則として申請日（周南市で受け付けた日）の属する月の初日からとなります。

→ 平日の日中に連絡がつく番号を記入してください。

| | | | |
|---------|--|---------|--|
| 資産合計 | <input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超過 | 本人の課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 |
| 老福年金・生保 | <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 非受給 | 世帯の課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 |
| 認定結果 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 (非該当) 交付年月日 平成 年 月 日 | | |

受付印 (窓口・郵送)

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

裏面もご確認ください

同意書

(宛先) 周南市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、周南市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

平成 29年 8月 1日

<本人>

住所 周南市〇〇一丁目1-1

氏名 周南太郎

印

<配偶者>

住所 周南市〇〇一丁目1-1

氏名 周南花子

印

→ 提出する日を記入してください。

→ 被保険者について記入、押印してください。

→ 被保険者に配偶者がいる場合に記入、押印してください。