

介護保険負担限度額認定申請のご案内

1. はじめに

介護保険サービスのうち、施設・短期入所サービス利用時に発生する居住費(滞在費)・食費は、原則介護保険適用外となりますが、一定要件を満たす場合については、「介護保険負担限度額認定証(以下「限度額認定証」という。)」が交付され、居住費(滞在費)・食費が減額されます。

2. 対象となる介護サービス

○施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

○短期入所サービス

短期入所生活介護、短期入所療養介護

3. 認定要件

○認定要件 1

被保険者を含む世帯全員(別世帯の配偶者及び内縁関係にあるものを含む。)が市町村民税非課税であること。

○認定要件 2

預貯金等の額が厚生労働大臣が定める基準額以下であること。

利用者 負担段階	対象者	預貯金額	
		単身	夫婦
第1段階	生活保護受給者	要件無し	
	世帯全員が市町村民税非課税で、本人が老齢福祉年金受給者である場合	1,000万円 以下	2,000万円 以下
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の年金収入額+その他合計所得金額が80万9000円以下の場合	650万円 以下	1,650万円 以下
第3段階 ①	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の年金収入額+その他合計所得金額が80万9000円超120万円以下の場合	550万円 以下	1,550万円 以下
第3段階 ②	世帯全員が市町村民税非課税で、本人の年金収入額+その他合計所得金額が120万円超の場合	500万円 以下	1,500万円 以下
第2号被保険者の場合		1,000万円 以下	2,000万円 以下

※1 年金収入額には、遺族年金や障害年金等の非課税年金も含まれます。

※2 その他合計所得金額とは、税法上の合計所得金額(給与所得を含まれている場合には、給与所得の金額から10万円を控除する)から「公的年金等に係る雑所得」及び「長期(短期)譲渡所得に係る特別控除額」を控除した金額のことを指します。

4. 負担限度額(日額)

「3. 認定要件」を満たし負担限度額認定を受けると、下表のとおり1日あたりの居住費(滞在費)及び食費に上限額が設定されます。

上限額を超えた分については、公費で負担します。

介護老人福祉施設、短期入所生活介護を利用した場合

(1日あたり)

利用者 負担段階	居住費(滞在費)			食費		
	ユニット型 個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室	多床室	施設 サービス	短期入所 サービス
第1段階	880円	550円	380円	0円	300円	300円
第2段階	880円	550円	480円	430円	390円	600円
第3段階 ①	1,370円	550円	880円	430円	650円	1,000円
第3段階 ②	1,370円	1,370円	880円	430円	1,360円	1,300円
第4段階 (対象外)	2,066円	1,728円	1,231円	915円	1,445円	1,445円

介護老人保健施設、介護医療院、短期入所療養介護を利用した場合

(1日あたり)

利用者 負担段階	居住費(滞在費)			食費		
	ユニット型 個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室	多床室	施設 サービス	短期入所 サービス
第1段階	880円	550円	550円	0円	300円	300円
第2段階	880円	550円	550円	430円	390円	600円
第3段階 ①	1,370円	1,370円	1,370円	430円	650円	1,000円
第3段階 ②	1,370円	1,370円	1,370円	430円	1,360円	1,300円
第4段階 (対象外)	2,066円	1,728円	1,728円	697円	1,445円	1,445円

※居住費・食費の利用者負担額は、利用者側と施設側の契約によりますが、国の基準費用額が定められているため、介護保険制度では、基準費用額と負担限度額の差額が介護給付費として支払われます。

5. 提出書類

負担限度額認定申請時は、以下の書類を提出してください。

○介護保険負担限度額認定申請書(様式第30号)

被保険者氏名・生年月日・住所・預貯金等の情報を記入するものです。

○同意書

申請内容の審査に当たり、被保険者を含む世帯全員の課税情報の確認、預貯金等を金融機関に残高照会を行うことについて、事前に被保険者及び配偶者の同意を得るものです。

○預貯金等の写し(生活保護受給者を除く。)

認定要件2「預貯金等の額が厚生労働大臣が定める基準額以下であること」を確認するために、下表に該当する預貯金等の書類を提出していただく必要があります。

なお、預貯金等の確認範囲は、被保険者及びその配偶者となります。

預貯金等の種類	必要書類
預貯金(普通預金、定期預金)	<p>○通帳の写し(銀行名及び口座名義人が確認できるもの)</p> <p>○インターネットバンキングであれば口座残高ページの写し</p> <p>★注意点</p> <p>通帳の写しを取る際は、以下の箇所としてください。</p> <p>①通帳見開き1ページ目</p> <p>②通帳2ページ目以降の明細欄で、申請日から過去2か月分。</p> <p>(例)</p> <p>令和8年4月1日に申請する場合、2月1日～3月31日までの明細欄を確認します。</p>
有価証券(株式、国債、地方債、社債等)	証券会社や銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写し可)
金・銀(積立購入も含む)等、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可)
タンス預金	自己申告(申請書に金額のみ記入)
負債(借入金、住宅ローン) ※負債がある場合は、預貯金額から差し引きます。	借用証書、借入残高が確認できるものの写し(住宅ローンであれば償還予定表等)

○申請者の本人確認書類の写し(親族等が本人の代わりに申請手続を行う場合のみ)

①親族が申請を行う場合

【1点のみで確認が取れるもの】

運転免許証、マイナンバーカード

【2点で確認が取れるもの】

健康保険被保険者証(国民健康保険、介護保険、後期高齢者医療など)

②法定代理人(成年後見人等)が申請を行う場合

登記事項証明書等及び法定代理人の本人確認書類

○配偶者の非課税証明書

配偶者については、たとえ世帯別であっても市町村民税が非課税である必要があります。

配偶者の住所地が鳩山町外にある場合は、住所地の市区町村で非課税証明書を取得のうえ、提出していただきます。

6. 限度額認定証の有効期間

限度額認定証の有効期間は、8月1日～翌年7月31日までとなります。

月途中で認定を受けた場合は、申請月の初日に遡って当該認定が適用されます。

例)令和8年4月10日に申請⇒有効期間は、令和8年4月1日～令和8年7月31日までとなります。

なお、金融機関照会の結果、基準額以上の預貯金があった場合は、その事実が発覚した月の翌月初日から当該認定が取消となります。

7. スマートフォン等によるオンライン申請

電子証明書が有効なマイナンバーカード等をお持ちの方については、ぴったりサービスによるオンライン申請ができます。

申請リンク：<https://app.oss.myna.go.jp/Application/procdetail/initGet?ZfrtSfAoRU5cIfzFVto/TuuUq0gcYagKQ6raY8ZsbL4An8HJ2rwlbgulnXqjubQAq+Gfe0locBwpILS1bAZCD/2s0MdhL6DDSYp+94WnFqLReNbbDSLQIR6JdX0jNkfEIDNELJAKJJI8wS2eZp8nob37oIsUT+AfcGegF/rjnebX5lfRvNVFJIVU2xi4XMIXuKazkLy>

8. 問合せ先

その他、介護保健負担限度額認定申請に関するご質問等は、下記担当までお問い合わせください。

住 所 〒350-0324

埼玉県比企郡鳩山町大字大豆戸 184-16

担 当 鳩山町役場長寿福祉課 介護保険担当

電話番号 049-296-1210(直通)

E-MAIL hl90@town.hatoyama.lg.jp

(参考)記入例

様式第 30 号(第 23 条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 8 年 4 月 10 日

鳩山町長 宛て

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

フリガナ	ハトヤマタロウ	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
被保険者氏名	鳩山太郎	個人番号										
生年月日	昭和 20 年 7 月 1 日											
住所	〒 350-0324 鳩山町大字大豆戸 184-16 連絡先 049(296)1210											
入所(院)した介護施設の所在地及び名称(※)	〒 350-0321 鳩山町大字赤沼 1111-11 特別養護老人ホーム鳩山 連絡先 049(296)1111											
入所(院)年月日(※)	令和 8 年 4 月 1 日	(※) 介護保険施設に入所(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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、記入不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ	ハトヤマハナコ										
	氏名	鳩山花子										
	生年月日	昭和 21 年 12 月 5 日	個人番号									
	住所	〒 同上 連絡先 ()										
	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 課税 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 非課税											

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万 9,000 円以下です。(受給している年金に○して下さい) ※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。以下同じ。										
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他合計所得金額の合計額が年額 80 万 9,000 円を超え、120 万円以下です。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。										
		預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。 ※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③~⑤の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。										
	預貯金額	1,000,000 円	有価証券(評価概算額)	500,000 円	その他(現金・負債を含む)	(タンス預金)※ 100,000 円 ※内容を記入してください						

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名 鳩山花子	連絡先(自宅・勤務先) 049-296-1210
申請者住所 鳩山町大字大豆戸184-16	本人との関係 妻

注意事項

- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている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所有している場合は、その全てを記入し、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)虚偽の申請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。

同意書

鳩山町長 あて

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、貴町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。

令和8年 4 月 10 日

<本人>

住所 鳩山町大字大豆戸184-16

氏名 鳩山太郎

<配偶者>

住所 同上

氏名 鳩山花子