

介護保険負担限度額認定(施設における居住費(滞在費)・食費の負担軽減)の更新申請について

「介護保険負担限度額認定」は、低所得者の方が経済的な理由により施設利用が困難とならないよう、世帯の収入等に
 応じて介護施設サービスの居住費(滞在費)・食費を減額する制度です。

負担限度額の認定期間は8月1日から翌年7月31日までの一年間となっているため、現在認定を受けている方は更新
 申請が必要となります。

以下をご確認のうえ、申請の手続きをしていただきますようお願いします。

※現在施設サービスの利用が無い方は、更新申請は不要です。

(1) 軽減対象となる施設サービス

- ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- ・介護老人保健施設(老健)
- ・介護医療院
- ・短期入所生活介護及び短期入所療養介護(ショートステイ)

※有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅や認知症対応型共同生活介護施設(グループホーム)には、
 この制度は適用されません。

(2) 負担限度額認定の要件について

各段階ごとの要件は、以下のとおりとなります。

利用者段階	所得要件	資産要件(預貯金額等)
第1段階	生活保護受給者	
	世帯全員が住民税非課税かつ老齢福祉年金の受給者	単身 1,000 万円以下 夫婦 2,000 万円以下
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人の年金収入額+その他の 合計所得金額が 80 万円以下	単身 650 万円以下 夫婦 1,650 万円以下
第3段階1	世帯全員が住民税非課税かつ本人の年金収入額+その他の 合計所得金額が 80 万円超 120 万円以下	単身 550 万円以下 夫婦 1,550 万円以下
第3段階2	世帯全員が住民税非課税かつ本人の年金収入額+その他の 合計所得金額が 120 万円超	単身 500 万円以下 夫婦 1,500 万円以下
※65歳未満の方は、所得の状況に関わらず、預貯金等の資産の額が単身で1,000万円(夫婦の場合2,000万円)以下であることが要件となっております。		

申請後に、課税状況や収入状況、預貯金額等に基づいて、要件に該当となるか審査を行います。

審査の結果、非該当と判定される場合もございますので、あらかじめご承知おきください。

(3) 申請時の提出書類

- ・介護保険負担限度額認定申請書
- ・収入等申告書
- ・同意書

更新申請の場合、預貯金通帳の写しの提出は必要ありませんが、「収入等申告書」に金融機関名や残高を必ず記載して提出してください。また、配偶者がいらっしゃる方におかれましては、配偶者の欄も必ず記入してください。

なお、預貯金等の金額欄を空欄で提出される場合は、以下の写しを必ず添付してください。

- ①通帳の表紙などの口座名義人の方が確認できるページ
- ②申請日から2か月前までの預貯金の内容が確認できるページ(必要に応じて記帳をお願いします)

※生活保護を受給している方におかれましては、生保認定時に資産勘定等がされていることから、預貯金等の申告および通帳の写しは不要です。

裏面もご確認ください

(4)別世帯の配偶者について

住所や世帯が異なる配偶者がいる場合でも、申請書の配偶者欄は「有」としてください。

(5)非課税年金の申告及び添付資料の提出について

遺族年金又は障害者年金を受給されている方は、申告の必要がありますので、必ずチェック欄をご記入ください。

※非課税世帯の方が、非課税年金収入があることを理由に非該当となることはありません。

(6)個人番号(マイナンバー)欄の記載について

申請者が被保険者本人以外の方である場合、個人番号欄は空欄でご提出ください。

※申請書に個人番号を記載した場合は、番号確認と身元確認が必要となり、被保険者本人及び提出者双方の確認書類が必要となります。

(7)申請にあたっての注意事項等

1. 書類に疑義がある場合、提出者の方へ問い合わせをさせていただくことがございます。提出前に、記入漏れや添付資料の付け忘れがないかあらためて確認してくださいますようお願いいたします。

2. 申請は年間を通して受け付けておりますが、軽減の対象となるのは、申請が受理されて認定を受けた月の初日以降となります。

(例)令和6年9月中に申請された場合、認定期間は令和6年9月1日から令和7年7月31日までとなり、令和6年8月1日から8月31日までの期間は軽減の対象外となります。

(8)認定結果について

審査終了後に認定結果通知書を送付します。認定となった方には負担限度額認定証を同封しますので、お手元に届き次第、利用されている施設にご提示ください。

提示されない場合は、軽減を受けられないことがありますのでご注意ください。

(9)申請方法

申請書類を、平内町役場福祉介護課介護保険係(1階8番窓口)へご提出ください。

郵送で申請される場合は、以下の宛先へお送りください。

【送付先】

〒039-3393 青森県東津軽郡平内町大字小湊字小湊63

平内町役場 福祉介護課 介護保険係 宛

(10)課税世帯の居住費(滞在費)・食費の特例減額措置について

利用者負担が第4段階の方(住民税課税世帯の方)は、居住費(滞在費)・食費の減額対象ではありませんが、世帯員の一人が施設入所したことにより、他の世帯員の生計が困難になると判断される場合には、特例減額措置の対象となり、第3段階2の負担限度額に認定することが出来ます。

前年度に該当となっていた方には、「収入等申告書(食費・居住費の特例減額措置用)」を同封しておりますので、(3)の提出書類に追加してご提出ください。

新たに該当すると思われる方は、介護保険係へお問い合わせください。

※ショートステイの利用については対象外です。

※施設入所に伴い住所を異動されている場合、預貯金額等は負担限度額認定と同様に異動前の世帯単位での算定となります。

平内町福祉介護課 介護保険係
電話番号:017-755-2114
メールアドレス:kaigohoken@town.hiranai.aomori.jp