令和８年８月版

介護保険負担限度額認定証について

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）へ入所または短期入所を利用する方の食費と居住費は、原則ご本人による負担となりますが、下記の判定要件を満たす方については、食費と居住費の負担軽減を行います。

≪判定要件≫

軽減を受けられるのは、次の３つのいずれにも該当する方です。

１　本人および同一世帯員が、町民税非課税者であること

２　本人の配偶者（別世帯の配偶者又は内縁関係にある者も含む）が町民税非課税者であること

３　預貯金等の資産合計額が、利用者負担段階ごとに以下の基準を超えないこと

- 第１段階：単身者は 1,000 万円、配偶者がいる場合は、夫婦合わせて 2,000 万円
- 第２段階：単身者は 650 万円、配偶者がいる場合は、夫婦合わせて 1,650 万円
- 第３段階①：単身者は 550 万円、配偶者がいる場合は、夫婦合わせて 1,550 万円
- 第３段階②：単身者は 500 万円、配偶者がいる場合は、夫婦合わせて 1,500 万円

≪提出書類≫

下記の１～３の提出書類を保健福祉課地域福祉係窓口または郵送にてご提出ください。

１　負担限度額認定申請書

２　同意書（課税状況の確認と預貯金等の額が確認できない場合に金融機関等へ照会を行います）

３　預貯金等の額が確認できる書類の写し

通帳の写しを提出される方につきましては、下記の内容を確認しますので（1）と（2）をご提出ください。（※配偶者がいる方は、配偶者の確認書類も併せてご提出ください。）

（１）銀行名・支店名・名義人が分かるページ

（２）預貯金最終残高が分かるページ（普通預金、定期預金）

- 配偶者は、世帯分離による別世帯の配偶者又は内縁関係のある者を含みます。
- 本人が申請書及び同意書を記入することが困難な場合は、ご家族等の方が代筆で記入をしてください。
- 本人及び配偶者が、現在**お持ちのすべての**預貯金（普通・定期）の通帳等の写しを添付してください。
- 預貯金等の額が確認できる書類の写しを添付することが困難である場合、同意書に基づき銀行・信託会社その他の関係機関に対し照会を行いますので、認定結果が出るまで２ヶ月以上かかることがあります。申請書提出時に添付することができない方は、確認書類写しの添付がない旨（お取引のある銀行名、支店名等）を申請書の余白等にご記入または担当係までお申し出ください。

≪注意事項≫

- 負担限度額認定証の有効期限は、通常８月１日から翌年７月末日までとなります。なお、更新申請期間を過ぎて申請を行った場合または新規申請の場合、有効期限は申請が受理された月の１日から令和９年７月31日までとなります。
- 本人または同一世帯の家族（別世帯の配偶者も含む）が、当該年度中の所得状況が未申告の場合は、食費・居住費の利用者負担軽減認定及び利用者負担段階の判定ができません。
- 虚偽の申告等により不正に特定入居者介護サービス費等の給付を受けた場合には、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倍の加算金の納付を求めることがあります。

一　川　俣　町　一

≪認定要件≫

利用者負担段階	要　　件		
	町民税		年金収入等
	本人	同一世帯の家族（別世帯配偶者を含む）	
第１段階	**非課税**	**非課税**	老齢福祉年金受給者
			生活保護受給者等
第２段階	**非課税**	**非課税**	合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が、年間82.65万円以下の方
第３段階①	**非課税**	**非課税**	合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が、年間82.65万円超120万円以下の人
第３段階②	**非課税**	**非課税**	合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が、年間１２０万円超の方
第４段階以上	本人もしくは同一世帯の家族（別世帯配偶者）が課税		

≪利用者負担段階≫

利用者負担段階	限　度　額（日額、単位：円）							
	食費	居住費						
		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		
				老健・医療院 等	特養等	老健・医療院 等	老健・医療院※1	特養等
第１段階	300	880	550	550	380	0	0	0
第２段階	390（600）	880	550	550	480	430	430	430
第３段階①	680（1,030）	1,370	1,370	1370	880	430	430	430
第３段階②	1,420（1,360）	1,470	1,470	1470	980	430	530	530
第４段階以上※2	1,545	2,066	1,728	1,728	1,231	437	697	915

※1　「その他型」もしくは「療養型」の介護老人保健施設または「Ⅱ型」の介護医療院における多床室の入所者（療養室の床面積が8㎡/人以上に限る。）が対象。

※2　第４段階以上については国で定める基準額です。施設によって異なる場合があります。

≪預貯金等の資産要件について≫

種類	添付書類（確認方法）
預貯金（普通・定期）	・通帳の写し（インターネットバンクの場合、口座残高ページの写し） ・定期預金証書の写し ※原則として、申請書の提出日から２か月前までの期間に記帳した通帳
有価証券(株式・国債・地方債など)	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能）
金・銀（積立購入も含む）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能）
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能）
タンス預金（※現金）	自己申告
負債（住宅ローンなど）	金銭消費貸借契約書など　（※預貯金額等から差し引きます）

【申請先及びお問合せ先】

〒960-1492　福島県伊達郡川俣町字五百田３０番地

川俣町保健福祉課地域福祉係　　電話番号　０２４-５６６-２１１１（内線 1403）