

負担限度額の認定（食費・居住費の軽減制度）について

施設に入所した場合や短期入所を利用したときは、施設サービス費の自己負担（1～3割）以外に食費・居住費・日常生活費（理美容代など）が自己負担となります。食費・居住費の金額は、利用者と施設との契約により決まりますが、所得が一定以下の方は、負担限度額の認定を受けることで負担の上限額（負担限度額）が定められ、一般の方に比べると負担が軽減されます。

以下の要件を全て満たしている方が負担限度額認定を受けられます

- ①世帯全員が住民税非課税
- ②別世帯に配偶者がいる場合、その配偶者が住民税非課税 ※配偶者には事実婚の場合も含む
- ③預貯金等が基準額以下

■負担限度額認定を受けるには介護保険課への申請が必要です。

■適用日（減額が適用される日）は申請書を受け付けた日の属する月の初日からです。

■<江戸川区に転入した場合>

転入前の市区町村で負担限度額認定証を持っていた方は、江戸川区の被保険者になった場合、改めて申請が必要です。

1日あたりの基準費用額および負担限度額（令和6年8月から）

利用者負担段階	所得の状況		預貯金等の資産の状況	居 住 費				食 費		
				従来型個室	多床室	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	施設サービス	短期入所サービス	
基準費用額	—	—	—	1,728円 (1,231円)	437円 (915円)	2,066円	1,728円	1,445円		
1	生活保護受給者の方		—	550円 (380円)	0円	880円	550円	300円		
	世帯全員が住民税非課税	高齢福祉年金受給者の方								単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下
2		前年の合計所得金額+年金収入額の合計が80万円以下の方		単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下	550円 (480円)	430円	880円	550円	390円	600円
3-①		前年の合計所得金額+年金収入額の合計が80万円超120万円以下の人		単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下	1,370円 (880円)	430円	1,370円	1,370円	650円	1,000円
3-②	前年の合計所得金額+年金収入額の合計が120万円以上の人		単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下	1,370円 (880円)	430円	1,370円	1,370円	1,360円	1,300円	
4	上記以外の方			負担限度額なし 利用する施設に直接お問い合わせください						

※40～64歳の第2号被保険者の預貯金基準額は、利用者負担段階にかかわらず単身1,000万円、夫婦2,000万円以下です。

※基準費用額とは、施設における平均的な費用を勘案して国が定めた費用です。

※（ ）内の金額は、介護老人福祉施設に入所した場合または短期入所生活介護を利用した場合の額です。

※非課税年金とは、障害年金や遺族年金です。寡婦・かん夫・母子・準母子・遺児年金を含みます。恩給は対象外です。

1 申請に必要なもの 不足書類がある場合は、再度書類の提出をお願いすることがあります

- (1) 介護保険負担限度額認定申請書（表面）および同意書（裏面）
- (2) 本人・配偶者の預貯金等が確認できる添付書類（表1）
※ 生活保護受給者については、この添付書類は必要ありません。
- (3) 個人番号（マイナンバー）を記入した場合、個人番号（マイナンバー）確認書類（別紙2 表2）
※ 配偶者の分は必要ありません。
- (4) 別世帯の配偶者が令和6年1月1日現在、江戸川区に住民票がない場合、住民税課税証明書
※ 令和6年1月1日に住民票があった住所地の「令和6年度」の写しが必要です。
※ 申請書に配偶者のマイナンバーを記入いただいた場合は、必要ありません。
- (5) 成年後見人等が申請する場合、登記事項証明書の写し

表1 預貯金等の種類及び添付書類一覧

- ◆ 本人および配偶者の全ての資産に関する書類のコピーが必要です（配偶者には事実婚の方も含みます）
- ◆ コピーはできる限りA4サイズの用紙に揃えてください（通帳サイズに切り取る必要はございません）
- ◆ 残高がない・最近使っていないなどの口座についても添付が必要です

預貯金等の種類	添付書類
預貯金（普通・定期・積立など） ※ インターネットバンクも含まます <div style="background-color: #f9cb9c; padding: 5px; text-align: center;">別紙1を参考にしてください</div>	通帳の写し（①～③） ① 銀行名・支店名・口座番号・名義がわかるページ ② 普通口座の場合は、直近2か月間のお取引、および最終残高、年金の振り込みがわかるページ ③ 定期預金、定額貯金、定額積立などのページ又は証書
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
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し
出資金（信用金庫や農協など）	出資金がわかるものの写し（証書や出資配当金の通知等）
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
現金（タンス預金など）	自己申告（添付書類無し）
負債（借入金・住宅ローンなど） ※ 営む業務（不動産賃貸・個人経営など）にかかる負債は除く	借用証書の写しなど

2 申請・問い合わせ先

- ① 窓口にて持参：江戸川区役所介護保険課 2階2番窓口
- ② 郵送で送付：下記郵送先まで申請書類をお送りください。
- ③ ぴったりサービスによる電子申請も可能です。「マイナンバーカード（個人番号カード）」と「マイナンバーカード対応スマートフォンもしくはパソコンとICカードリーダーライター」が必要になります。

【郵送先】〒132-8501 江戸川区中央1-4-1 江戸川区役所 福祉部 介護保険課 給付係

【TEL】03-5662-0309

必ずご提出前にチェックリスト（別紙2）をご確認ください

※各コピーの余白部分に、口座名義人氏名を必ず記入してください

総合口座

お名前

エドガワ タロウ サマ

店番号 口座番号 通帳限度額(円)

普通	123	1234567	
貯蓄			

口座番号 口座番号

総合口座の 担保口座	積立		定期	
	債権			

×××× 銀行

×× 支店

電話 XX-XXXX-XXXX

1

- ・金融機関名
- ・支店名
- ・口座番号
- ・名義

がわかるページの写し

2

普通預金(兼お借入明細)

	年月日	摘要	お支払金額	お預入金額	
1	2024-01-27	繰越			
2	2024-01-31	CD	¥100,000 *		
3	2024-02-15	シヨクミンコウセイ		¥120,000 *	
4	2024-02-27	〇〇デ イサ-ビス	¥14,790 *		
5	2024-03-01	CD	¥200,000 *		
6	2024-03-25	〇〇デ イサ-ビス	¥16,269 *		¥904,798 *
7	2024-04-15	シヨクミンコウセイ		¥120,000 *	¥1,024,798 *
8	2024-04-27	〇〇デ イサ-ビス	¥14,790 *		¥1,010,008 *
9	2024-05-02	CD	¥150,000 *		¥860,008 *
10	2024-05-27	〇〇デ イサ-ビス	¥16,269 *		¥843,739 *
11	2024-06-14	シヨクミンコウセイ		¥120,000 *	¥963,739 *
12					

- ・直近2か月間のお取引
- ・最終残高
- ・年金の振り込み

がわかるページの写し

年金情報を確認できる部分

最新の情報を記帳(通帳記入)

記帳しても取引がなく印字されない場合、明細ページの写しに「令和〇年〇月〇日記帳済み」と記入し、提出してください。

貯蓄預金(定期預金)

	年月日	摘要	お支払金額	お預入金額	残高(円)
1	2020-12-15	ス-パ-定期		¥1,000,000 *	¥1,000,000 *
2	2023-06-30	ス-パ-定期		¥2,000,000 *	¥3,000,000 *
3					
4					
5					

定期預金、定額貯金、定額積立

がわかるページの写し

3

3 結果通知

申請書類を審査した結果、要件に該当する方には「介護保険負担限度額認定証」（以下、認定証）を発行します。

※要件に該当せず、利用者負担段階が第4段階になる方には、その旨を通知し、認定証の発行はいたしません。

※介護保険の認定新規申請中の方や転入された方等については、発行までに日数がかかる場合があります。

※適用日（減額が適用される日）は申請書を受け付けた日の属する月の初日からです。

4 利用方法

利用する施設に認定証を提示することで、減額が適用されます。

5 その他

■毎年、更新の手続きが必要です。認定証をお持ちの方には更新のご案内を6月頃に送付する予定です。

■江戸川区から転出し、転出先市区町村の被保険者になった場合、転出先で改めて申請が必要です。

■認定証の記載事項（氏名・住所）に変更があったときは、介護保険課給付係にご連絡ください。

■給付額減額期間中の方は軽減の対象になりません。

■住民税課税層に対する特例減額措置について

利用者負担段階が第4段階の方は負担限度額が適用されません。以下の条件全てに該当する場合のみ、特例的に第3段階2の負担限度額の適用を受けられます。条件に該当すると思われる方は、介護保険課給付係までお問い合わせください。

①世帯員が2人以上いること。配偶者が世帯分離されている場合は、その数に1を加えます。

②施設に入所・入院し、利用者負担第4段階の食費・居住費の負担を行っていること。

※短期入所（ショートステイ）の場合は、この特例減額措置は適用されません。

③世帯及び配偶者の年間収入から施設での利用者負担（1～3割負担・食費・居住費）の年間合計額の見込額を差し引いた額が80万円以下となること。

※年間収入は、サービスを受ける日の属する年の前年（その日の属する月が1月から7月までの場合は、前々年）の公的年金等の収入金額と合計所得金額を合計した額です。

※施設入所に伴い世帯分離した場合は、従前の世帯員の収入で計算します。

※見込額は、利用者負担第4段階である場合の額です。食費・居住費は契約による額、自己負担（1～3割）に対し高額介護サービス費等が支給される場合は、それを控除した額で計算します。

④世帯及び配偶者の現金、預貯金等（有価証券、債券等を含む）の額が450万円以下であること。

⑤世帯及び配偶者が所有する資産がすべて日常生活のために必要な資産（居住するための家屋など）であること。

⑥世帯及び配偶者が介護保険料を滞納していないこと。

【問い合わせ先】

〒132-8501 江戸川区中央1-4-1
江戸川区役所 福祉部 介護保険課 給付係
TEL 03 (5662) 0309

表2 申請書提出時のチェックリスト

別紙 2

提出前に必ずチェック確認をお願いします。
(例年多く見受けられる不備について掲載しています。)

①申請書 (表面)	配偶者の 有・無 に○をつけましたか	<input type="checkbox"/>	
	「遺族年金」又は「障害年金」の受給がある方は、非課税年金の欄に「 レ点チェック 」、年金の種類に「○」をしましたか	<input type="checkbox"/>	
②同意書 (申請書の裏面)	被保険者本人の住民票の住所と、被保険者本人の氏名を記入しましたか	<input type="checkbox"/>	
	配偶者がいる方は、配偶者の欄を記入しましたか	<input type="checkbox"/>	
③預貯金等	銀行名・支店名・口座番号・名義 がわかるページ(通帳の表紙をめくったページ)のコピーを添付しましたか	<input type="checkbox"/>	
	直近2か月間のお取引 、および 最終残高 がわかるページのコピーは添付しましたか	<input type="checkbox"/>	
	定期預金、定額貯金、定額積立 などがある場合、残高がわかるページのコピーを添付しましたか	<input type="checkbox"/>	
	出資金 がある場合、出資金額がわかるもののコピーを添付しましたか	<input type="checkbox"/>	
	有価証券・投資信託 がある場合、口座残高のわかるもののコピーを添付しましたか	<input type="checkbox"/>	
	本人名義の全ての通帳のコピーを添付しましたか	<input type="checkbox"/>	
	配偶者がいる方は、配偶者名義の全ての通帳のコピーを添付しましたか	<input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> 記入した場合のみ </div> ④個人番号 (マイナンバー) 確認書類	【本人申請】 ⇒ <u>本人の番号確認書類</u> + <u>本人の身元確認書類</u> 【代理人申請】 ⇒ <u>本人の番号確認書類</u> + <u>代理人の身元確認書類</u> + <u>代理権の確認書類</u>		
	本人(被保険者)の番号確認書類 になるもの ※下記のものいずれか1点の写し	<input type="checkbox"/>	
	マイナンバーカード(個人番号カード)、通知カード(マイナンバーが記載された紙製のカード)、住民票の写し(個人番号付き)・住民票記載事項証明書		
	本人(被保険者)または代理人の身元確認書類 になるもの ※下記AかBのいずれかの写し	<input type="checkbox"/>	
	A 顔写真付き身分証明書 ※右記いずれか1点	マイナンバーカード(個人番号カード)、運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード、身体障害者手帳、愛の手帳、介護支援専門員証、写真付き身分証明書(学生証・社員証)等	
	B 顔写真無し身分証明書 ※右記いずれか2点	介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、医療保険被保険者証、年金手帳、写真無し身分証明書(学生証・社員証)等	
	代理権の確認書類 になるもの ※下記のものいずれか1点の写し	<input type="checkbox"/>	
	法定代理人の場合	登記事項証明書、その他その資格を証明する書類	
	任意代理人の場合	本人の介護保険被保険者証、本人の介護保険負担割合証、本人の医療保険被保険者証等、もしくは委任状	
	原則として個人番号(マイナンバー)を記載していただくこととされていますが、やむを得ず記載が出来ない場合は、申請書の個人番号欄に 斜線を引いて 提出してください。この場合、マイナンバー(個人番号)確認書類の提出は必要ありません。		