

介護保険負担限度額認定について（介護保険施設の食費・居住費の軽減）

介護保険施設の食費・居住費は全額自己負担となりますが、次の要件を満たす方は所得に応じて、食費・居住費を軽減する制度（負担限度額認定）があります。介護保険施設を利用している方または利用予定の方はご申請ください。

※令和 7 年 8 月から以下の表のとおり区分要件の年金収入額が変更となります。

《対象施設》

特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・ショートステイ（短期生活・短期療養）

《認定要件》 ※全ての要件を満たす方が対象

- ① 本人及び同一世帯全員が住民税非課税であること
- ② 本人の配偶者（別世帯・事実婚含む）が住民税非課税であること
- ③ 預貯金額等が、**単身世帯は 500 万円～650 万円以下、夫婦世帯は 1500 万円～1650 万円以下**であること ※詳細につきましては、**下記の区分要件・資産要件**をご参照ください。

《認定期間》

令和 7 年 8 月 1 日から令和 8 年 7 月 31 日まで

※ 8 月以降に申請された場合は、申請月の初日に遡って有効になります。

※申請月より前に遡ることはできませんので、ご注意ください。（生活保護受給者を除く）

※認定期間中に要件を満たさなくなった場合は、認定が失効されます。

【R 7.8～】 居住費・食費の自己負担限度額（自己負担の上限額）

（単位：円／日）

区分要件	資産要件	食費の限度額 (日額)	居住費・滞在費の限度額 (日額)		
【第1段階】 生活保護受給者もしくは 非課税世帯の老齢福祉年金受給者	【単身】 1,000 万円以下 【夫婦】 2,000 万円以下	300	ユニット型個室		880
			ユニット型個室的多床室		550
			従来型	特養・短期入所	380
			個室	老健・医療院	550
			多 床 室		0
【第2段階】 非課税世帯 前年の合計所得金額＋ 年金収入額が年間 80.9 万円以下 障害年金・遺族年金等の非課税年金も 含む	【単身】 650 万円以下 【夫婦】 1,650 万円以下	390 【600】	ユニット型個室		880
			ユニット型個室的多床室		550
			従来型	特養・短期入所	480
			個室	老健・医療院	550
			多 床 室		430
【第3段階】① 非課税世帯 前年の合計所得金額＋ 年金収入額が年間 80.9 万円超え 120 万円以下	【単身】 550 万円以下 【夫婦】 1,550 万円以下	650 【1,000】	ユニット型個室		1,370
			ユニット型個室的多床室		1,370
			従来型	特養・短期入所	880
			個室	老健・医療院	1,370
			多 床 室		430
【第3段階】② 非課税世帯 前年の合計所得金額＋ 年金収入額が年間 120 万円超え	【単身】 500 万円以下 【夫婦】 1,500 万円以下	1,360 【1,300】	ユニット型個室		1,370
			ユニット型個室的多床室		1,370
			従来型	特養・短期入所	880
			個室	老健・医療院	1,370
			多 床 室		430

【】内の金額は、ショートステイ（短期生活・短期療養）を利用した場合の額です。

介護保険負担限度額認定 提出書類

① 介護保険負担限度額認定申請書

成年後見人等が申請する場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

記入見本をご確認の上、ご記入ください。

② 本人および配偶者が所有するすべての通帳等の写し （※生活保護受給者は添付不要）

■通帳表紙の裏ページ（口座名義人・銀行名・支店名・支店番号・口座番号）

■最終残高が分かるページ（提出前に必ず記帳をしてください。）

■定期預金のページ

通帳表紙の裏ページ

最終残高のページ

定期預金のページ

口座名義人
〇〇 〇〇様

〇〇銀行 ××支店

支店番号
〇〇〇（3桁の数字）

口座番号
1 2 3 4 5 6 7
（7桁の数字）

《普通預金》

・取引年月日
・金額
・最終残高

※年金受取通帳については、直近の年金の振り込みが確認できるページも添付してください。
※残額が少額でも提出が必要です。

《定期預金》
預入明細

※定期預金がない場合でも、ないことを確認するため、記載のない定期預金1ページ目をご提出ください。

以下の資産を所有している場合は、写しをご提出ください

複数の資産をお持ちの場合は、そのすべての資料の写しが必要です。（※生活保護受給者は添付不要）

③ 有価証券（株式・国債など）

— 証券会社や銀行の口座残高ページの写し、保有株の銘柄・株数が記載されている資料

④ 金・銀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

— 購入先の銀行の口座残高の写し、保有している貴金属の数量及び時価額が記載された資料

⑤ 投資信託

— 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し、保有株の銘柄・株数が記載されている資料

⑥ 負債（借入金・住宅ローン）※不動産収入等、営む業務に係る負債は対象外

— 借用証書の写し（貸付額・返済期日・本人及び相手方の署名、捺印）

更新申請時の注意事項

1. 申請内容について、架電確認をさせていただく場合がございます。申請用紙に必ずご連絡先をご記入ください。
2. 申請書類に不備がある場合、返送をして修正を依頼することがあります。再提出の時期により決定通知の発送が遅れる場合がございます。ご了承ください。
3. 申請後に認定要件を満たさなくなった（満たしていないことが判明した）場合は、速やかに市へ連絡してください。負担限度額の適用を受けている期間は、常に要件を満たしている必要があります。
※審査で疑義が生じた場合等、必要に応じて介護保険課より金融機関へ預貯金照会を行います。
4. すでに承認済みの負担限度額認定について、更新申請時点で認定要件を満たしていなかったと認められる場合は、要件を満たさなくなった月に遡って承認の取り消しとなります。その際は、差額分の介護サービス費を返納いただきますので、ご了承ください。
5. 申請内容の虚偽や、不正行為と判明した場合は、差額分の返還に加え、最大2倍の加算金が課されます。

申請に際してご不明点等ございましたら、下記までお問合せください。

日野市役所 介護保険課 介護給付係
042-514-8519（直通）
負担限度額認定担当