

介護保険負担限度額認定制度について

低所得の要介護者が施設サービス・短期入所サービスを利用する際の食費・居住費（滞在費）の自己負担額を軽減する制度です。（有料老人ホームは対象となりません。）認定要件については下表をご確認ください。軽減を受けるためには認定証を利用する施設にご提示ください。ご提示がない場合、認定を受けていても軽減が受けられないことがあります。ご注意ください。

認定の対象となる方（預貯金が一定金額以下※1で次の要件に該当する方）		
第一段階	①特別区民税非課税である高齢福祉年金受給者 ②生活保護受給者 ③中国残留邦人等支援給付の受給者	
第二段階	特別区民税	本人の合計所得金額+（非課税+課税）年金収入額が80万円以下の方
第三段階	非課税※2	第二段階に該当しない方

※1：預貯金等の資産が単身の場合1,000万円以下、夫婦で2,000万円以下であること。
※2：本人、配偶者（別世帯を含む）、及び世帯全員が特別区民税非課税であること。

申請の際に必要なもの（必要書類に不備不足があると審査が中断します。）

- 介護保険負担限度額認定申請書兼同意書
 - 同意書（申請書の裏面）
 - 本人及び配偶者の通帳等の資産、負債を確認できる書類のコピー（詳しくは4ページ）
 - (配偶者が別世帯であり、大田区以外に住民票を置いている方のみ) 配偶者の非課税証明書
 - 本人の個人番号が確認できるもの（マイナンバーカード、通知カード等）※3
- (下の1.2.3の場合を参照)
- 申請者の身元確認書類※3
 - 代理人が申請する場合は、委任状等の代理権が確認できるもの※3
- ※3 郵送の場合はコピーの提出、窓口では**原本提示**が必要です。（委任状は原本が必要）

1 本人が申請する場合

- ◎ 身元確認書類（書類については、4ページ(参考)をご確認ください。）
 - a 写真付身分証明書（例：運転免許証、マイナンバーカード等）
 - b aがない場合は、写真なし身分証明書等を2種類（例：介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、年金手帳等）

2 任意代理人（家族等）や代理権付与がない保佐人、補助人等が申請する場合

- ◎ 委任状（3ページ目を参照ください。）
委任状の作成が困難な場合（ご本人が字を書けない等）は、「官公署から発行された本人しか持ちえない書類の提示」をもって代理権の確認書類とすることも可能です。（例：介護保険被保険者証）
- ◎ 代理人の身元確認書類（書類については、4ページ(参考)をご確認ください。）
代理人の写真付身分証明書（例：運転免許証） または、写真なし身分証明書等を2種類（例：介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、年金手帳等）

3 法定代理人（成年後見人、代理権付与がある保佐人、補助人等）が申請する場合

- ◎ 登記事項証明書の写し（申請日時点で有効なもの）
- ◎ 代理人の身元確認書類（書類については、4ページ(参考)をご確認ください。）
代理人の写真付身分証明書（例：運転免許証） または、写真なし身分証明書等を2種類（例：介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、年金手帳等）

平成28年1月より、番号制度導入に伴う確認書類が必要です。申請書への個人番号の記入と併せて、忘れずにご提出ください。個人番号は、行政を効率化し、国民の利便性を高め、公平・公正な社会を実現する社会基盤です。個人番号は社会保障・税・災害対策分野の中で法律で定められた行政手続にしか使えません。

負担限度額認定証について

- 認定期間は原則として区が受理した日の属する月の初日からとなります。
- 審査結果は、郵送でご本人の住所または送付先変更届の送付先へお送りいたします。
※地域包括支援センターでは受付ができませんので、ご注意ください。
- ※申請日以降に、住民税の修正申告をした場合や、世帯構成に変化があった場合等申請時の状況に変化があった場合は認定の内容が変更になる場合がありますので、介護保険課給付担当にご連絡ください。

送付先・問合せ先

〒144-8621 大田区蒲田5-13-14

大田区役所福祉部介護保険課 給付担当 電話番号 03-5744-1622

負担限度額認定申請 資産・負債確認書類等添付台紙

被保険者氏名：

被保険者番号：

ここに通帳等の写しを添付してください

ご本人・配偶者名義のすべての通帳が必要となります。

○口座名義人・口座番号・銀行名・支店がわかる部分(表紙を1ページめくった部分)

○最新の残高がわかる部分(申請日の直近2か月以内に記帳したもの)

提出が必要なもの	提出方法
預貯金（普通・定期） 出資金（信用金庫・信用組合）	通帳の写し（インターネットバンキングであれば口座残高の写し） 口座名義人・口座番号・銀行名・支店がわかる部分 最新の残高がわかる部分
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社、銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しでも可)
金・銀（積立購入を含む）購入先の口座残高によって時価評価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 (ウェブサイトの写しでも可)
投資信託	銀行、投資信託、証券会社の口座残高の写し (ウェブサイトの写しでも可)
タンス預金（現金等）	自己申告
負債（借入金・住宅ローン等）	借入書などの現在の借入れ状況が分かる書類の写し

(参考) 申請者の身元確認書類		【a】または【b】が必要です。 郵送の場合は、コピーをご提出ください。
【a】1種類	【b】2種類以上	
運転免許証等 旅券 住民基本台帳カード（写真あり） 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード又は特別永住者証明書 写真付き身分証明書(マイナンバーカード等)	(国民・後期高齢者等の) 医療被保険者証 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証 年金手帳 健康保険日雇特例被保険者手帳 (国家・地方公務員) 共済組合の組合員証 写真なし資格証明書（生活保護受給者証等） 国税、地方税、社会保険料、公共料金の領収書 戸籍の附票の写し（謄本もしくは抄本も可） 住民票の写し、住民票記載事項証明書 源泉徴収票（公的年金等の源泉徴収票）	

介護保険負担限度額認定申請書兼同意書

(宛先) 大田区長

平成 30 年 8 月 1 日

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

新規・再交付

フリガナ	オオタ タロウ	被保険者番号	0123456789
被保険者氏名	大田 太郎	個人番号	012345678910
生年月日	明・大・昭 20 年 1 月 1 日	性別	男・女
住所	大田区大森西△丁目△-△	連絡先	03-0000-0000
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(注1)	大田区蒲田○丁目○-○ 特別養護老人ホーム○○	連絡先	03-0000-0000
入所(院)年月日(注1)	昭・平 29 年 7 月 1 日		

配偶者の有無(注2)	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。	
フリガナ	オオタ ハナコ	生年月日	明・大・昭・平 18 年 1 月 1 日
氏名	大田 花子	住民税課税状況	課税・非課税
個人番号	012345678911	世帯状況	同一世帯・別世帯(大田区内)・別世帯(大田区外)
住所	大田区大森西△丁目△-△	連絡先	03-0000-0000
1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合) 東京都○○区○丁目○-○		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(注3)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 <small>(受給している年金に○をしてください。)</small>				
預貯金等に関する申告(注4)	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(注3)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 <small>(受給している年金に○をしてください。)</small>				
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 <small>(預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおりです。)</small>				
	預貯金額	1,000万 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む。)	(現金 50万) (注5)

申請者が被保険者本人の場合には、以下についての記入は不要です。

申請者氏名	大田 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	03-0000-0000
申請者住所 〒144-0053	大田区蒲田本町○丁目○-○	被保険者との関係	子

同意書

(宛先) 大田区長

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、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。)の課税状況並びに保有する預貯金及び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、大田区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に伝えて構いません。

平成 30 年 8 月 1 日

<本人>

住所 大田区大森西△丁目△-△

氏名 大田 太郎

<配偶者>

住所 大田区大森西△丁目△-△

氏名 大田 花子

平成 年 月 日

(宛先) 大田区長

(委任者・被保険者)

住所

氏名

委任状

私は、介護保険(負担限度額認定申請)について
下記の者を私の代理人と定め、その権限を委任します。

記

受任者

(1) 住所 〒

(2) 氏名

(3) 委任者との関係

(4) 電話番号