

介護保険 「負担限度額認定」申請について（更新のご案内）

現在お持ちの介護保険「負担限度額認定証」（介護保険施設等を利用する場合の居住費と食費を軽減する制度。水色の証）の有効期間が令和6年7月31日をもって満了となります。

つきましては、令和6年8月以降も以下の対象施設を利用することが見込まれる場合は、更新の手続きを行ってください。

【対象の施設利用サービス】

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護

【対象者の要件】

利用者 負担段階	対象となる人	
	所得の状況	預貯金等の金額 （夫婦の場合）
1段階	生活保護を受給している人	—
	世帯全員が住民税非課税 老齢福祉年金を受給している人	1,000万円(2,000万円) 以下
2段階	合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が80万円以下の人	650万円(1,650万円) 以下
3段階①	合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が80万円超120万円以下の人	550万円(1,550万円) 以下
3段階②	合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が120万円超の人	500万円(1,500万円) 以下

※ 世帯分離をしても、配偶者の方が市町村民税非課税であることが条件です。

※ 40歳から64歳の人の預貯金等の金額は所得の状況に関わらず1,000万円以下（夫婦の場合は2,000万円以下）となります。

【居住費（滞在費）の基準費用額等の変更について（令和6年8月～）】

令和6年8月より、居住費（滞在費）の基準費用額と負担限度額が1日あたり60円引き上げられます。

なお、利用者負担第1段階の多床室利用者の負担限度額は変更ありません。

【提出方法】

郵送または持参 ※窓口の混雑防止のため、郵送での提出にご協力ください。

【提出先】

最寄りの福祉事業所長寿支援課または長寿保険課

※住所については、「減免・減額 更新のお知らせ」の問合せ先をご参照ください。

【提出期限】

令和6年7月31日（水）

【申請に必要なもの】

- ①同封の介護保険負担限度額認定申請書（必要事項を記入）
- ②氏名が自署でない場合、本人及び配偶者（有の場合）の認印
- ③本人及び配偶者（有の場合）の資産状況を確認できるものの写し
 - ・預貯金（普通・定期）… すべての通帳の写し（以下のようにページの写しをお願いいたします）
 - ・有価証券・投資信託… 有価証券を管理する証券会社や銀行の口座残高の写し

通帳は以下のように、口座情報、取引状況、口座残高が確認出来る箇所の写しをご提出ください



要注意じゃ!!

※写しを取る前に、必ず記帳をしてください。

㊦表面

※ゆうちょ銀行は口座番号の記載が表紙に無いので、表紙と2ページ目の写しを提出してください。

店番 999	口座番号 1234567	浜松 太郎 様
〇〇銀行		

④記帳されているページ（原則申請される日から直近2ヶ月間の取引がわかるもの）

普通預金			
年月日	お支払い金額	お預り金額	残高
06-03-01	50,000	カード	398,000
06-04-15	年金	78,000	476,000
06-05-02	70,000	カード	406,000
06-06-03	30,000	カード	376,000
06-06-14	年金	78,000	454,000

直近2ヶ月間の取引がわかる部分

㊧定期預金のページ

（※総合口座の場合は定期預金がない方も、ないことの確認をするため、空欄のページの写しの提出をお願いいたします）

定期預金			
年月日	金額	満期日	利率
		残高	
ご継続 05-04-01	スーパー定期 ¥1,000,000	06-04-01	0.025% ¥1,000,000
ご解約 06-04-01	¥-1,000,000		¥0

個人情報は、「個人情報保護法」等*の法令に基づき取扱います。また、今回提供していただいた個人情報を、他の目的で使用することはございません。

※関係条例の閲覧につきましては、各区の情報コーナー、支所、図書館へ例規集を配布するとともに、市のホームページ（浜松市の条例・規則）にて公開しております。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

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。

太枠の中を記入してください。(裏面あり)

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)		氏 名	電話番号			
		住 所			被保険者か らみた関係	

被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号					
フリガナ								
(署名又は記名押印をしてください。)			個 人 番 号					
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生							
住 所	〒 電話番号 () —							
介護保険施設等 の名称及び所在地	〒 電話番号 () —							
入 所 (院) 年月日 (※)	年 月 日		※ 介護保険施設に入所 (院) しない場合や ショートステイ利用の場合には記入不要					
配偶者に関する事項	配偶者の有無	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、記載不要です。				
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏 名			個人番号				
	住 所	〒		電話番号 () —				
	本年 1 月 1 日 現在の住所	(現住所と異なる 場合に記載) 〒						
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税						
収入等及び 預貯金等に 関する申告	☐	☐ 生活保護受給者／市民税非課税世帯に属する者である老齢福祉年金受給者 ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下						
	☐	☐ 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650 万円 (夫婦は 1,650 万円) 以下 ※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下						
	☐	☐ 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下 ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円 (夫婦は 1,550 万円) 以下 ※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下						
	☐	☐ 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超える ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円 (夫婦は 1,500 万円) 以下 ※65 歳未満の場合は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下						
預貯金等に 関する申告	◆預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり							
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 ※内容を 記載	※ () 円		
	現 金	円	負 債	円				

【裏面へ続く】

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(通帳の表紙・有無にかかわらず定期預金のページ・申請日の直近2ヶ月前から最終残高までを確認できるページを揃えて、本人と配偶者分を添付してください。)
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、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倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

浜松市長

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、年金保険者又は銀行、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。）の課税状況及び保有する預貯金並びに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、貴市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等に伝えて構いません。

年 月 日

《本人》

住 所

氏 名

(署名又は記名押印をしてください。)

《配偶者》

住 所

氏 名

(署名又は記名押印をしてください。)

浜松市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) 利用者負担段階 1・2・3-①・3-②・4			
適用年月日	1 生活保護受給 有・無	4 配偶者課税状況	課税・非課税	
年 月 日	2 老福年金受給 有・無	5 預貯金等超過	有・無	
から	3 世帯課税状況	課税・非課税	6 給付額減額状況	有・無
有効期限	受付	入力	確認	備 考
年 月 日				
まで				

介護保険負担限度額認定申請書

窓口申請にこられた方の氏名、日中連絡が取れる電話番号、住所、被保険者との関係を記入してください。

(あて先) 浜松市長
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。

太枠の中を記入してください。(裏面あり)

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	氏 名	浜松 次郎		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	住 所	××市△△区□□町 1 2 3		被保険者から みた関係	長男		
被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号			
フリガナ ハマ Mats タロウ				0 0 1 2 3 4 5 6 7 8			
浜松 太郎 (署名又は記名押印をしてください。)				個人番号			
				個人番号は記載がなくても受け付けます。			
生 年 月 日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日生						
住 所	〒430-〇〇〇〇 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 ××市△△区□□町 1 2 3						
介護保険施設等の 名称及び所在地	〒 番号 () —						
入 所 (院) 年 月 日 (※)	施設に入所 (院) しない場合や 施設内サービス利用の場合には記入不要						
配偶者に関する事項	配偶者の有無	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、記載不要です。			
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名			個人番号			
	住 所			電話番号 () —			
	本年 1 月 1 日 現在の住所	場					
	課税状況	市町村民税 課税					
右枠内の 2 項目、 両方ともに 該当しない 場合は、 対象外となり ます (片方のみ 該当の場合 は、対象外 です)。	☐	☐ 生活保護受給者／市民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。		年金受給者 (万円) 以下			
	☐	☐ 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。					
	☐	☐ 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。					
	☐	☐ 市町村民税非課税世帯に属する者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。					
預貯金等に関する申告	◆預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり						
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 ※内容を 記載	※ () 円	
	現 金	円	負 債	円			

【裏面へ続く】

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(通帳の表紙・有無にかかわらず定期預金のページ・申請日の直近2ヶ月前から最終残高までを確認できるページを揃えて、本人と配偶者分を添付してください。)
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、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倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

浜松市長

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、年金保険者又は銀行、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。）の課税状況及び保有する預貯金並びに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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告すること
私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

日付を記入してください。

〇〇年 △△月 ××日

《本人》

住 所 ××市△△区□□町1

氏 名 浜松 太郎

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

浜松

(署名又は記名押印をしてください。)

《配偶者》

住 所 ××市△△区□□町123

氏 名 浜松 花子

氏名が自署でない場合は押印をしてください。

浜松

(署名又は記名押印をしてください。)

浜松市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) 利用者負担段階 1・2・3-①・3-②・4			
適用年月日	1 生活保護受給 有・無	4 配偶者課税状況 課税・非課税		
年 月 日	2 老福年金受給 有・無	5 預貯金等超過 有・無		
から	3 世帯課税状況 課税・非課税	6 給付額減額状況 有・無		
有効期限	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日				
まで				