

「介護保険負担限度額認定」 申請のご案内

【問合わせ先】

富士河口湖町 健康増進課 介護保険係

TEL：0555-72-6037

FAX：0555-72-6027

介護保険施設（ショートステイ含む）にかかる居住費・食費の軽減制度を利用する場合は、下記のとおり書類を提出してください。

○【対象施設・サービス】

- ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ・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（地域密着型特別養護老人ホーム）
- ・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ） ・（介護予防）短期入所療養介護（ショートステイ）

○提出書類

- ・介護保険負担限度額認定申請書
- ・通帳等の原本（具体的な添付書類は裏面に記載）

○制度対象者と利用者負担段階

負担段階	対象者		
第1段階	生活保護受給者		
第2段階	世帯の全員 （世帯を分離している配偶者を 含む）が 市町村 民税非課税	本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が 年額80万9,000円以下	預貯金等の合計が650万円 （夫婦は1,650万円以下）
第3段階①		本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が 年額80万9,000円超120万円以下	預貯金等の合計が550万円 （夫婦は1,550万円以下）
第3段階②		本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が 年額120万円超	預貯金等の合計が500万円 （夫婦は1,500万円以下）

※年金収入額には老齢年金などの課税年金だけでなく、非課税年金（遺族年金、障害年金）も含まれます。

※その他の合計所得金額は、譲渡所得に係る特別控除を除きます。

※令和3年度よりその他の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、所得金額調整控除適用前の給与所得から10万円を控除した後の金額を用います。

※65歳未満の人は、収入等に関係なく、預貯金等の合計は、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。

○一日当たりの負担限度額および基準費用額

※短期入所サービス(ショートステイ)を利用した場合、食費の負担限度額は()内の金額。

利用者 負担段階	食費	居住費(滞在費)					
		多床室 (特養等)	多床室 (老健・療養等)	従来型個室 (特養等)	従来型個室 (老健・療養等)	ユニット型 個室の多床室	ユニット型 個室
第1段階	300円	0円	0円	380円	550円	550円	880円
第2段階	390円(600円)	430円	430円	480円	550円	550円	880円
第3段階①	650円(1,000円)	430円	430円	880円	1,370円	1,370円	1,370円
第3段階②	1,360円(1,300円)	430円	430円	880円	1,370円	1,370円	1,370円

○【提出方法・提出先】

※書類の確認にお時間を要するため、受付時間を限定しております※
富士河口湖町役場 健康増進課 窓口（町役場本庁舎1階左端）へお越しください。
（受付時間：土日祝日を除く 月～金 8時30分～11時、13時00分～17時、
12時～13時の間は受付できませんので、ご注意ください。）

○【預貯金等の申告について】

- ・被保険者（および配偶者）の預貯金等の申告をしてください。有価証券やその他資産性があるもの（現金・負債等）も申告が必要です。
- ・お持ちのすべての口座について、通帳を最新の状態まで記帳し、原本をお持ちください。特に偶数月で年金支払い日以降の申請の場合は、入金された年金額がわかるようにしてください。下記①～④の部分を担当で写しをとり、控えさせていただきます。

- ① 銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分
- ② 申請日時点の残高と申請日から2か月前までの出入金
分かる部分
- ③ 年金（企業年金を含む）の受給が分かる部分
- ④ 定期預金の残高が分かる部分

- ・有価証券（株式・公社債等）や投資信託等については、証券会社や銀行の口座残高等をお持ちください。役場で控えをいただきます。
- ・出資金の配当金がある場合、その元金ができる書類をお持ちください。
- ・預貯金等とは、株式や国債・地方債等の有価証券、投資信託の他、手元にある現金や、タンス預金等も含みます。

申請書記載例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

富士河口湖町長

※ 必ずボールペンでご記入ください。(消えるボールペンは不可)

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

フリガナ	フジ タロウ	被保険者番号	1234567890
被保険者氏名	富士 太郎	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXX
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ 女
住所	〒401-0301 山梨県南都留郡富士町〇〇番地		

被保険者(介護保険を受けている人)の情報を記入します。

施設名等の記入をお願いします。
※ショートステイの場合は記入不要です。

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、記入不要です。
フリガナ	フジ ハナコ	
氏名	富士 花子	
生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日	個人番号
住所	同上	
本年1月1日現在の住所		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

配偶者について記入してください。(別居の場合も必要です)。

収入に関する申告	非課税年金受給の有無	有(遺族年金/障害年金) ・ 無	世帯の課税状況	☐ 市町村民税非課税	生活保護受給の有無	有 ・ 無
	65歳以上の人 (年金収入額による)	☐ 年額80万9,000円以下です。	預貯金の 年額80万9,000円超120万円以下です。	650万円(夫婦は1,650万円)以下	550万円(夫婦は	
		☐ 年額80万9,000円超120万円以下です。				☐ 年額120万円を超えます。
本人の年金情報、世帯の課税状況、生活保護の受給状況などを選びます。	配偶者分も含む預貯金等の資産状況について記入してください。 ※配偶者が「有」の場合、夫婦2人の資産の確認書類が必要となります。					
預貯金等に関する申告	預貯金額	〇〇〇 円	有価証券	〇〇〇 円	現金・負債等	〇〇〇 円

同意書欄記入必須です。

同意書

本人(申請者)は、この申請書に添付する「配偶者に関する事項」を、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、町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 富士河口湖町船津〇〇番地

氏名 富士 太郎

<配偶者>

住所 富士河口湖町船津〇〇番地

氏名 富士 花子

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	富士 次郎	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	富士河口湖町船津〇〇番地	本人との関係	長男

注意事項

- 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又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所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項の規定に基づき没収された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

申請者(窓口に来た方)の情報を記入します。