

負担限度額認定の適用条件

対象となる介護サービス 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院等への入所。
又はショートステイ利用。(短期入所生活介護、短期入所療養介護等)
【条件に該当する場合、食費と部屋代(居住費)の負担軽減が受けられます。】

あなたは対象となる介護サービスをご利用または利用予定はありますか？

はい。利用中です。
利用予定があります。

いいえ。利用していません。
利用予定はありません。

対象となる介護サービスをご利用になる際に申請してください。
※サービス利用する月末までに申請してください。

あなたと、あなたの同じ世帯にいる方全員が市町村民税が非課税ですか？

全員が市町村民税非課税者です。
※よく確認してください。

市町村民税課税者がいます。

非該当

配偶者はいらっしゃいますか？

はい、同じ世帯にいます。

はい、別の世帯にいます。

配偶者はいません。

あなたと配偶者の預貯金等の
額の合計は2000万円以下で
すか？

配偶者の方も市町村民税非課
税ですか？
※よく確認してください。

あなたの預貯金等の額の合計
は1000万円以下ですか？

はい

いいえ

はい

いいえ

はい

いいえ

該当

非該当

非該当

該当

非該当

【提出書類】
○負担限度額認定申請書
○同意書(配偶者がいる場合は、配偶者の署名、押印も必要です。)
※本人が記入することが困難で、家族等が代筆で記入する場合は、氏名の下段に代筆者の住所、氏名、続柄を記入してください。
○所持している全ての預貯金通帳等コピー(配偶者がいる場合は配偶者分も)を添付してください。
※申請日(最新の記帳)から2ヶ月分の残高(年金振込日、金額等)が確認できるページと銀行名、支店、口座番号、名義人が確認できるページのコピーを添付してください。

介護保険負担限度額認定申請をされる方へ

【提出書類等】

1. 介護保険負担限度額認定申請書

2. 同意書（介護保険負担限度額認定用）

※課税状況及び金融機関への照会に対する同意書

3. 預貯金通帳等のコピー

※本人名義（配偶者含む）の普通預金、定期預金等の通帳・証書全てが必要となります。最新の記帳をお願いします。

①銀行名、支店名、口座名義人、口座番号がわかる部分

②直近（最新の記帳日）の残高から2ヶ月間の取引がわかる部分

※②については年金振込日、金額等が確認できるようお願いします。配偶者（同居、別居問わず）がいる場合は、配偶者の通帳も全て必要です。

※新しい通帳へ切り替え（通帳繰越）になった場合には古い通帳に記載されている部分も必要です。