

介護保険負担限度額の認定について（ご案内）

下記の介護施設等のサービスの利用者で、以下の対象者要件に該当される方は、本市の発行する負担限度額認定証を施設に対し提示すると、食費及び居住費（滞在費）が減額されます。

【対象となるサービス】

- ・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
- ・（介護予防）短期入所生活介護・療養介護

の食費・
居住（滞在）費

介護保険を動画で検索できます



- 〈動画の例〉
- 介護認定の流れ
 - 各種申請について
 - 保険料の納め方

【対象者要件】

| 利用者負担段階 | 所得の状況 | | | 対象者が65歳以上の方 預貯金等資産要件（夫婦の場合） |
|---------|---|---|------------|--------------------------------|
| 第1段階 | 生活保護受給者 | | | 1000万円（2000万円）以下 |
| | 世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給権者 | | | |
| 第2段階 | 世帯全員が市町村民税非課税 | 合計所得金額※ + 課税年金収入額 + （遺族年金・障害年金） 非課税年金収入額 の合計額 | 80万円以下 | 650万円（1650万円）以下 |
| 第3段階① | | | 80万超120万以下 | 550万円（1550万円）以下 |
| 第3段階② | | | 120万超 | 500万円（1500万円）以下 |

※ 「合計所得金額」は「地方税法に規定される合計所得金額から租税特別措置法に規定される長期譲渡所得又は短期譲渡所得に係る特別控除額を控除」及び「公的年金等に係る雑所得を控除」した額となります。

- ・第2号被保険者の人は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下となります。

【利用者負担限度額（日額）】

（単位：円／日）

| 利用者負担段階 | 居住費（滞在費） | | | | 食費 | |
|---------|----------|-----------------|-------------|-----|--------|----------|
| | ユニット型個室 | ユニット型 個室の多床室 | 従来型個室 | 多床室 | 施設サービス | 短期入所サービス |
| 第1段階 | 880 | 550 | 550（380※） | 0 | 300 | 300 |
| 第2段階 | 880 | 550 | 550（480※） | 430 | 390 | 600 |
| 第3段階① | 1,370 | 1,370 | 1,370（880※） | 430 | 650 | 1,000 |
| 第3段階② | 1,370 | 1,370 | 1,370（880※） | 430 | 1,360 | 1,300 |

※上記表中の（ ）は、介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護の場合。

○令和6年8月から、在宅で生活する方との公平性の観点や令和5年度介護経営実態調査の費用の状況等を総合的に勘案し、居住費の基準額が変更となっています。

- ・利用者負担第4段階（同じ世帯内に市町村民税課税者がいる方、市町村民税を課税されている方、同一世帯に属していない配偶者が課税されている方）の人が施設に入所し（短期入所を除く。）食費・居住費を負担することにより、他の世帯員が生計困難となる場合には、利用者負担段階を第3段階相当にする特例減額措置が講じられる場合もあります。（所得要件等があります。）

2 申請に必要なもの

| | |
|--|---------------------|
| ○ 申請書・同意書（窓口にもございますが、混雑回避のため記入してからご来庁ください）※1 | ○ 本人のマイナンバー確認のための書類 |
| ○ 保有するすべての預貯金等が分かるもの（通帳等の原本の提示や写しの提出・配偶者分も含む）※1 ※通帳の写しを提出する場合は以下のページが必要です。提出漏れにご注意ください。 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・名義や口座番号がわかるページ ・最新状態に記帳して申請日より少なくとも過去2か月分の入出金がわかるページ ・定期預金や定期積金のページ（残高がない場合でもないことがわかる空白ページの写しが必要） | |
| ○ 手続きを行う方（本人や代理人）の身元を確認できる書類（運転免許証など） | |
| ○ 委任状（ご本人様以外が申請に来られる場合）※委任状にはご本人様の署名又は押印が必要 | |

（※1）生活保護受給者の方は同意書、預貯金等が分かるものは不要です。

問い合わせ先・郵便申請の送付先

〒892-8677 鹿児島市山下町11-1 鹿児島市役所介護保険課 給付係 （直通）099-216-1280

※申請は、各支所の介護保険担当窓口や郵送でも受け付けます。

令和6年5月作成