別記第27号様式（第28条関係）　（表）　裏面もご記入ください

介護保険負担限度額認定申請書

年　月　日

江東区長　殿

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

フリガナ		保険者番号	131086
被保険者氏名		被保険者番号	000
生年月日	年　月　日	個人番号	
住所	〒 連絡先　－　－		
入所施設種類	ショートステイ・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・その他※いずれかに○をしてください		
介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先　－　－		
入所(院)年月日（※）	年　月　日	（※）介護保険施設に入所していない場合及びショートステイを利用している場合は、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。	
配偶者に関する事項 フリガナ			
氏名			
生年月日	年　月　日	個人番号	
住所	連絡先　－　－		
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）			
課税状況	区市町村民税　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者／②区市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③区市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※　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。
	□	④区市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。 ※　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。
	□	⑤区市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 ※　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。
預貯金等に関する申告	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※　第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③から⑤までの方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。

預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	（　）※ 円

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・携帯電話）
申請者住所　〒	本人との関係

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又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、その全てを記入してください。
(3) 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。
(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。

（裏）

同　意　書

江東区長　殿

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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況、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、貴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

＜配偶者＞
住所

氏名

【ここから下は記入しないでください】

決定年月日	備考	
年　月　日	世帯住民税：　非課税（　　）　課税（　　）	
適用年月日	給付額減額：　有　無　配偶者：　有　無	
年　月　日	老齢福祉年金：　有　無　生活保護：　有　無	
有効期限	総収入額：（　　）円	
年　月　日	資産状況：　資料添付（　　）　基準　内　・　外	
非課税年金（有・無）	関係機関照会：　月　日　照会先（　　）	
（　　）円	試算時 第〔　　〕段階	入力時（　）該当　第〔　　〕段階 （　）非該当

受付	入力	係長

〈世帯員〉　有・無

続柄	氏名	住民税
		課・非
		課・非
		課・非

記入例

裏面もご記入ください

別記第27号様式（第28条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

江東区長　殿

2024年 ○ 月 △ 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（部屋代）に係る負担限

江東区の負担限度額認定証・被保険者証・介護保険料額決定通知書等を確認してください。

フリガナ	コウトウ　タロウ	保険者番号	131086
被保険者氏名	江東　太郎	被保険者番号	0000654321
生年月日	昭和16年 11 月 21 日	個人番号	
住所	〒○○○－●●●● 江東区※※○－○－○	連絡先	＊＊＊－＊＊＊＊－＊＊＊＊
入所施設種類	ショートステイ　特別養護老人ホーム　介護老		
介護保険施設の所在地及び名称（※）	○●ホーム 江東区※※	連絡先	－ －
入所（院）年月日（※）	2024年 6 月 1 日	（※）介護保険施設に入所していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

わからなければ空欄で構いません。

特別養護老人ホームなどの施設名と入所日を記入してください。
短期入所（ショートステイ）は記入する必要はありません。

入所している施設の種類に丸をつけてください。

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。
配偶者に関する事項	フリガナ	コウトウ　ハナコ	
	氏名	江東　花子	
	生年月日	昭和14年 12 月 11 日	個人番号
	住所	江東区※※○－○－○	連絡先 ＊＊＊－＊＊＊＊－＊＊＊＊
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	江戸川区□△	（
	課税状況	区市町村民税　　課税　・　（非課税）	

被保険者と同住所の場合は「同上」で構いません。

令和6年1月2日以降に転入された方は、江東区では令和5年中の年金等の収入状況が確認できませんので、令和6年度住民税課税・非課税証明書を添付いただく場合があります。

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者／②区市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③区市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金※】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※　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。
	□	④区市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。 ※　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。
	✓	⑤区市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 ※　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。
預貯金等に関する申告	✓	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※　第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③から⑤までの方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。

預貯金額	1,234,567 円	有価証券（評価概算額）	0 円	その他（現金・負債を含む）	（　　）※ 100,000 円

該当される収入状況にチェックしてください。

年金の種類に○をお願いします。

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	大島　桜子	連絡先（自宅・携帯電話）	＊＊＊－＊＊＊＊－＊＊＊＊
申請者住所	〒135-00＊＊ 江東区△△－□－○－○○○	本人との関係	長女

年金振込用など、すべての預貯金残高（普通・定期）の合計になります。
配偶者がいる場合は、ご夫婦の預貯金額の合計になります。
本人及び配偶者の預貯金通帳等のコピーを添付してください。（説明書参照）
預貯金額などが資産要件を超えない場合には、チェックをしてください。

申請者が被保険者本人以外になる場合には、記入をお願いいたします。
法定後見人の場合には、登記事項証明書の写しを添付してください。

裏面の同意書をお読みいただいて、被保険者本人と配偶者の住所、氏名の記入をお願いいたします。

記入例

同　意　書

江東区長　殿

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。)に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況、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、貴区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

2024年　○　月　△　日

＜本人＞

住所　**江東区※※○－○－○**

氏名　**江東　太郎**

本人、配偶者の住所、氏名を記入してください。
（親族、法定後見人の代筆可）

本人と同住所の場合は「同上」で構いません。

＜配偶者＞

住所　**江東区※※○－○－○**

氏名　**江東　花子**

令和６年度

介護保険　負担限度額の認定（食費・居住費の軽減制度）について

介護保険３施設（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）の入所およびショートステイを利用する方の食費・居住費（部屋代）については、ご本人による負担が原則ですが、低所得の方については、食費・居住費（部屋代）の負担軽減を行っています。

申請をし、区の審査に基づき負担限度額の認定を受けた方（表１）は、負担の上限額（負担限度額）が定められ、一般の方に比べると負担が軽減されます。（表２）

表１　＜負担限度額の認定を受けられる方＞

利用者負担段階	対　象　者 （住民税の課税状況は、6月頃発送される介護保険料決定通知書等でご確認ください。）
第１段階	・生活保護受給者の方、・老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方で、かつ　本人の預貯金等（表３）が1,000万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて2,000万円以下）の方
第２段階	世帯員全員及び配偶者（※１）が住民税非課税で、本人のその他の合計所得と課税年金収入額と非課税年金収入額（※２）の合計が80万円以下の方で、かつ　本人の預貯金等（表３）が650万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて1,650万円以下）の方
第3段階①	世帯員全員及び配偶者（※１）が住民税非課税で、本人のその他の合計所得と課税年金収入額と非課税年金収入額（※２）の合計が80万円超120万円以下の方で、かつ　本人の預貯金等（表３）が550万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて1,550万円以下）の方
第3段階②	世帯員全員及び配偶者（※１）が住民税非課税で、本人のその他の合計所得と課税年金収入額と非課税年金収入額（※２）の合計が120万円を超える方で、かつ　本人の預貯金等（表３）が500万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて1,500万円以下）の方
第４段階（非該当）	本人が住民税課税となっている方、または　配偶者（※１）が住民税課税となっている方 または　本人が属する世帯の中に住民税課税者がいる方 または　本人の預貯金等（表３）が一定額を超える方

※１　「配偶者」には、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の方を含みます。DV防止法における配偶者からの暴力があった場合や行方不明の場合などは含めません。

※２　非課税年金とは、日本年金機構または共済組合等から支払われる国民年金、厚生年金、共済年金の各制度に基づく遺族年金・障害年金を指し、具体的には、年金保険者から通知される振込通知書、支払通知書、改定通知書などに「遺族」や「障害」が印字された年金のほか、「寡婦」「かん夫」「母子」「準母子」「遺児」と印字された年金も判定の対象となります。（弔慰金・給付金は、判定の対象となりません。）

表２　＜1日あたりの利用者負担段階と負担限度額（令和6年8月から下表のとおり変更となります。）＞

利用者負担段階	居住費（部屋代）				食　費	
	多床室	従来型個室（※2）	ユニット型個室的多床室	ユニット型個室	施設サービス	短期入所サービス
第１段階	0円	550円（380円）	550円	880円	300円	300円
第２段階	430円	550円（480円）	550円	880円	390円	600円
第３段階①	430円	1,370円（880円）	1,370円	1,370円	650円	1,000円
第３段階②	430円	1,370円（880円）	1,370円	1,370円	1,360円	1,300円
第４段階	負担限度額なし（利用する施設に直接お問い合わせください）					
基準費用額	437円（915円）	1,728円（1,231円）	1,728円	2,066円	1,445円	

※基準費用額とは、施設における平均的な費用を勘案して国が定めた費用です。

※従来型個室及び多床室の（　）内の金額は、介護老人福祉施設に入所した場合または短期入所生活介護を利用した場合の額です。

申請に必要な書類等

①介護保険負担限度額認定申請書（表面）および同意書（裏面）

②本人・配偶者の預貯金等が確認できる添付書類（表３）

※生活保護受給者については、添付書類は必要ありません。

③令和６年１月１日現在、江東区に住民票がない場合は、前住所地の非課税証明書を添付していただく場合があります。同一世帯の方及び配偶者の方も同様です。

④成年後見人が申請する場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

●負担限度額認定証には有効期間があり、その期間は申請を受け付けた月の１日から令和７年７月31日までです。

●郵送での申請も可能ですが、受付日（申請日）は介護保険課へ到着した日になります。

●本人及び家族の申請が困難な場合は、ケアマネジャーや施設担当者による代行申請も可能です。その場合、申請書の他、通帳等を預けるか、通帳等の写しを添付することが必要です。

表３　＜預貯金等の確認方法＞

預貯金等に含まれるもの （資産性があり、換金性が高く、価格評価が容易なものが対象）	**確　認　方　法** （預金通帳等のコピー例については裏面(4ページ)もご参照ください）
預貯金（普通・定期）	**①金融機関名・支店名・名義・口座番号のわかるページの写し** **②記帳し、直近２ヵ月の明細ページの写し** **③定期預金のページは、金額が無い場合も写しの提出が必要です** （インターネットバンクであれば口座残高ページの写し）
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
現金（いわゆるタンス預金）	自己申告です

○区は必要に応じて銀行等に口座情報の照会を行います。また、不正に負担軽減を受けた場合には、それまでに受けた負担軽減額に加え最大２倍の加算金（負担軽減額と併せ最大３倍の額）の納付を求めることがあります。

○負債（借入金・住宅ローンなど）は、預貯金等から差し引いて計算します。(借用証書などで確認）また、価格評価は、申請日の直近２カ月以内の写し等により行います。

※　預貯金等に含まれないもの

・生命保険、自動車、腕時計、宝石など時価評価額の把握が難しい貴金属など　・絵画、骨董品、家財など

申請書類を審査した結果、要件に該当する方には、「介護保険負担限度額認定証」を発行します。

※要件に該当せず、利用者負担段階が第４段階になる方には、その旨を通知し、認定証の発行はいたしません。

※介護保険の認定新規申請中及び認定区分変更中の方や転入された方等については、発行までに日数がかかる場合があります。

預 金 通 帳 等 の コ ピ ー 例

※各コピーの余白部分に、口座名義人氏名を必ず記入してください。
（申請に必要な書類等については裏面(3ページ)もご参照ください）

総合口座

お名前

コウトウ タロウ サマ

	店番号	口 座 番 号	通帳限度額(円)
普通	123	123123	
貯蓄			

		口 座 番 号		口 座 番 号
総合口座の担保口座	積立		定期	
	債権			

××××銀行

×× 支店

電話 XX-XXX-XXXX

① ・金融機関名
・支店名
・名義
・口座番号

のわかるページ（表紙の裏）の写しを提出してください。

普通預金（兼お借入明細）

	年 月 日	摘 要	お支払金額	お預入金額	残 高（円）
1	2024-01-27	繰越			¥1,115,857＊
2	2024-01-31	CD	¥100,000＊		¥1,015,857＊
3	2024-02-15	ｼﾝｺｸﾐﾝｺｳｾｲ		¥120,000＊	¥1,135,857＊
4	2024-02-27	○○ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ	¥14,790＊		¥1,121,067＊
5	2024-03-01	CD	¥200,000＊		¥921,067＊
6	2024-03-25	○○ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ	¥16,269＊		¥904,798＊
7	2024-04-14	ｼﾝｺｸﾐﾝｺｳｾｲ		¥120,000＊	¥1,024,798＊
8	2024-04-27	○○ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ	¥14,790＊		¥1,010,008＊
9	2024-05-02	CD	¥150,000＊		¥860,008＊
10	2024-05-29	○○ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ	¥16,269＊		¥843,739＊
11	2024-06-15	ｼﾝｺｸﾐﾝｺｳｾｲ		¥120,000＊	¥963,739＊
12					

② 必ず記帳し、直近２ヵ月の明細ページの写しを提出してください。

※１ ２ヵ月以上取り引きが無い場合は、記帳後に明細ページの写しに「令和○○年○月○日記帳済」と記入し、提出してください。

※２ 年金振込通帳の場合は、年金の振込金額が分かるように写しをとってください。

貯蓄預金（定期預金）

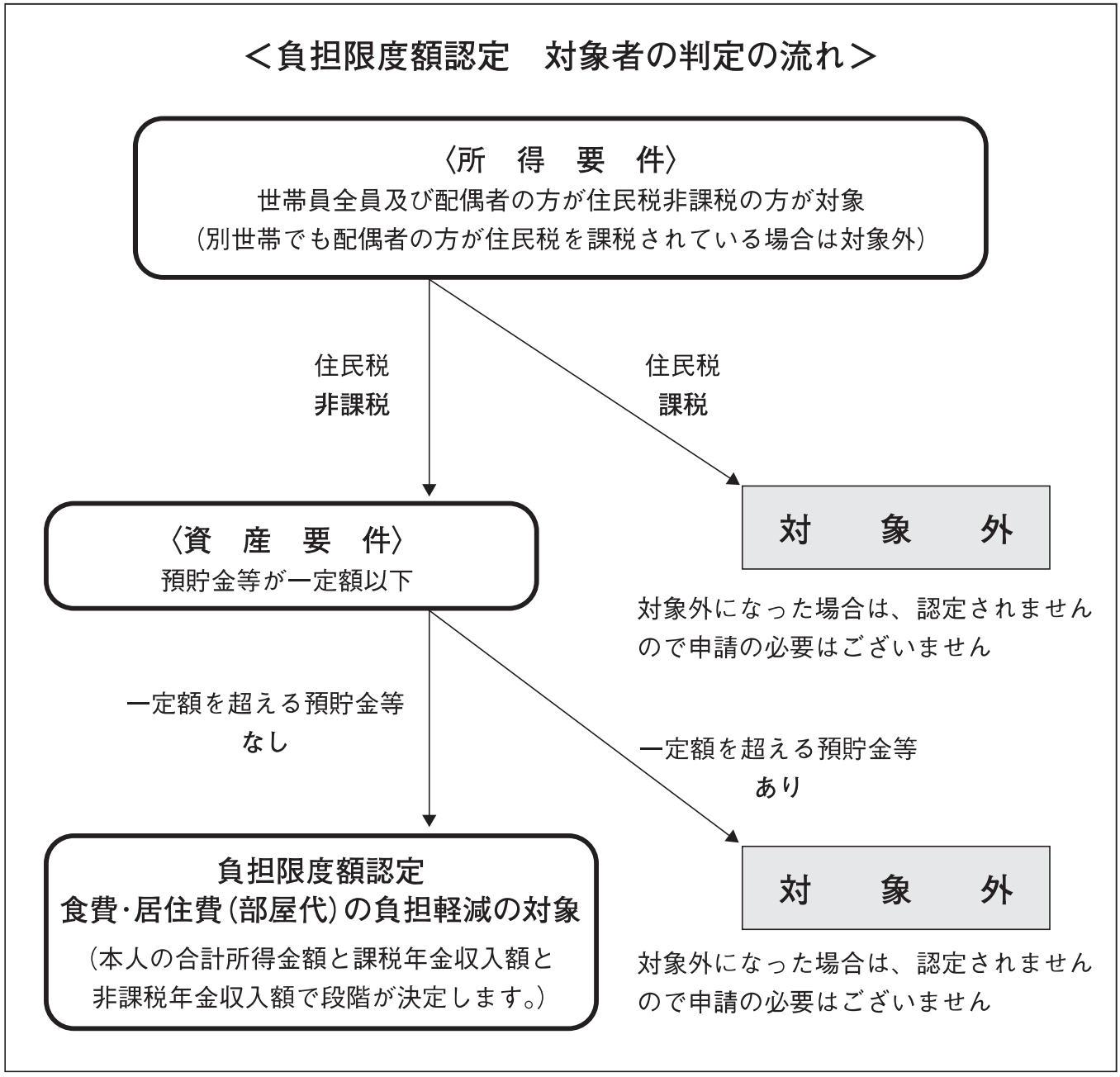
	年 月 日	摘 要	お支払金額	お預入金額	残 高（円）
1	2023-12-15	スーパー定期		¥1,000,000円＊	¥1,000,000円＊
2	2024-06-30	スーパー定期		¥2,000,000円＊	¥3,000,000円＊
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

③ 貯蓄預金や定期預金の取引がない場合も、金額がないことを確認するため空白の１ページ目のコピーが必要です。

※ 貯蓄預金（定期預金）をされている場合は、有効な定期預金がわかるよう印（しるし）をつけてください。

注意事項

◯利用する施設に負担限度額認定証を提示することで、減額が適用されます。
◯給付額減額期間中の方は軽減の対象になりません。
◯毎年、更新の手続きが必要です。負担限度額認定証をお持ちの方には、更新のご案内を６月中に送付する予定です。
◯有料老人ホームやグループホーム、サービス付き高齢者住宅には適用されません。



※その他の軽減制度として、介護サービスを利用する際住民税非課税で、一定の収入以下等の条件に該当する方には、生計困難者に対する利用者負担軽減制度があります。くわしくは介護保険課給付係までお問い合わせください。

お問い合わせ先
江東区福祉部介護保険課給付係
TEL ０３－３６４７－９４９８
FAX ０３－３６４７－９４６６