介護保険負担限度額認定証をお持ちの方へ
（食費と居住費の負担軽減の更新のご案内）

現在、ご利用いただいている「介護保険負担限度額認定証」の有効期限は令和８年７月３１日までとなっています。**８月以降も短期入所・介護保険施設サービスを利用される方**につきましては、**別紙申請書により申請をお願いします**。

なお、**グループホームや有料老人ホーム等**をご利用の方の食費や居住費につきましては、**負担限度額認定の対象となりません**ので、申請の必要はございません。対象のサービスをご利用になる際に申請ください。

◎負担軽減対象の施設やサービス

サービス名		対象の有無
特別養護老人ホーム 介護老人保健施設	施設入所	○
	ショートステイ	○
介護医療院		○
グループホーム		×
有料老人ホーム、ケアハウス		×
その他サービス		×

◎負担軽減の認定要件

利用者負担段階		対象者		
		所得などの条件		預貯金等基準
負担軽減対象者	第１段階	生活保護を受給されている方		
	第２段階	世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税	年金収入等が８２万６，５００円以下の方	単身で　６５０万円 夫婦で１，６５０万円以内
	第３段階①		年金収入等が８２万６，５００円超１２０万円以下の方	単身で　５５０万円 夫婦で１，５５０万円以内
	第３段階②		年金収入等が１２０万円超の方	単身で　５００万円 夫婦で１，５００万円以内
第４段階		本人が市町村民税課税者の方		

※第２号被保険者（40 歳～64 歳）の方の預貯金等基準は段階にかかわらず単身で１０００万円、夫婦で２０００万円以下です。

◎自己負担額（基準費用額との差により増減する場合があります）

利用者負担段階	１日当たりの食費		１日あたりの居住費（滞在費）						
	施設入所	ショートステイ	多床室			従来型個室		ユニット型	
			特養	老健・医療院	老健・医療院等	特養	老健・医療院等	個室的多床室	個室
第１段階	300 円	300 円	0 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	430 円	480 円	550 円	550 円	880 円
第３段階①	680 円	1,030 円	430 円	430 円	430 円	880 円	1,370 円	1,370 円	1,370 円
第３段階②	1,420 円	1,360 円	530 円	530 円	430 円	980 円	1,470 円	1,470 円	1,470 円
第４段階 (基準費用額)	1,545 円	1,545 円	915 円	697 円	437 円	1,231 円	1,728 円	1,728 円	2,066 円

裏面あり

①介護保険負担限度額申請書、同意書（別紙申請書）

- 申請の際には、同封している申請書をご利用ください。（北アルプス広域連合のホームページにも様式があります）
- 必ず「配偶者の有無についての申告」「預貯金等※の申告」の記載が必要です。詳しくは別添記入例をご覧ください。

②預貯金等※の通帳などの写し（記帳後のものをコピーしてください。）

- 銀行名・口座番号・名義人等が記載してあるページ(表紙もしくは１ページ目)
- 申請日からさかのぼって２か月分の記帳があるページ

本人及び配偶者名義のすべての通帳について、残高の多少に関わらず、コピーが必要です。申請書の「預貯金等にかかる申告」の金額欄への記載は、通帳コピーの残高合計と一致するようにしてください。

※預貯金等とは預貯金（**定期預金含む**）、有価証券（株式・国債など）、金・銀など、投資信託、タンス預金（現金）です。

◎提出について

- 提出先：北アルプス広域連合 介護福祉課

〒　398-0002　　大町市大町 1058-33

または市町村介護保険担当窓口

※書類については個人情報を含みますので、封筒に入れ、必ずのり付けなどして郵送するか、窓口への提出等により申請してください。

◎その他

- 負担限度額認定は、住民税課税状況により決定します。**令和７年１月～令和７年１２月分収入等の申告がお済みでない方は、市町村住民税担当窓口等での申告後に申請**してくださいますようお願いいたします。

- **前年度が軽減対象であっても、所得状況の変化などによって、今年度は対象とならない場合や負担段階が変更となる場合があります。**

- 介護保険料の滞納により給付制限がかかった方は、負担限度額認定の対象外となりますので介護保険料の支払い漏れのないようご注意ください。

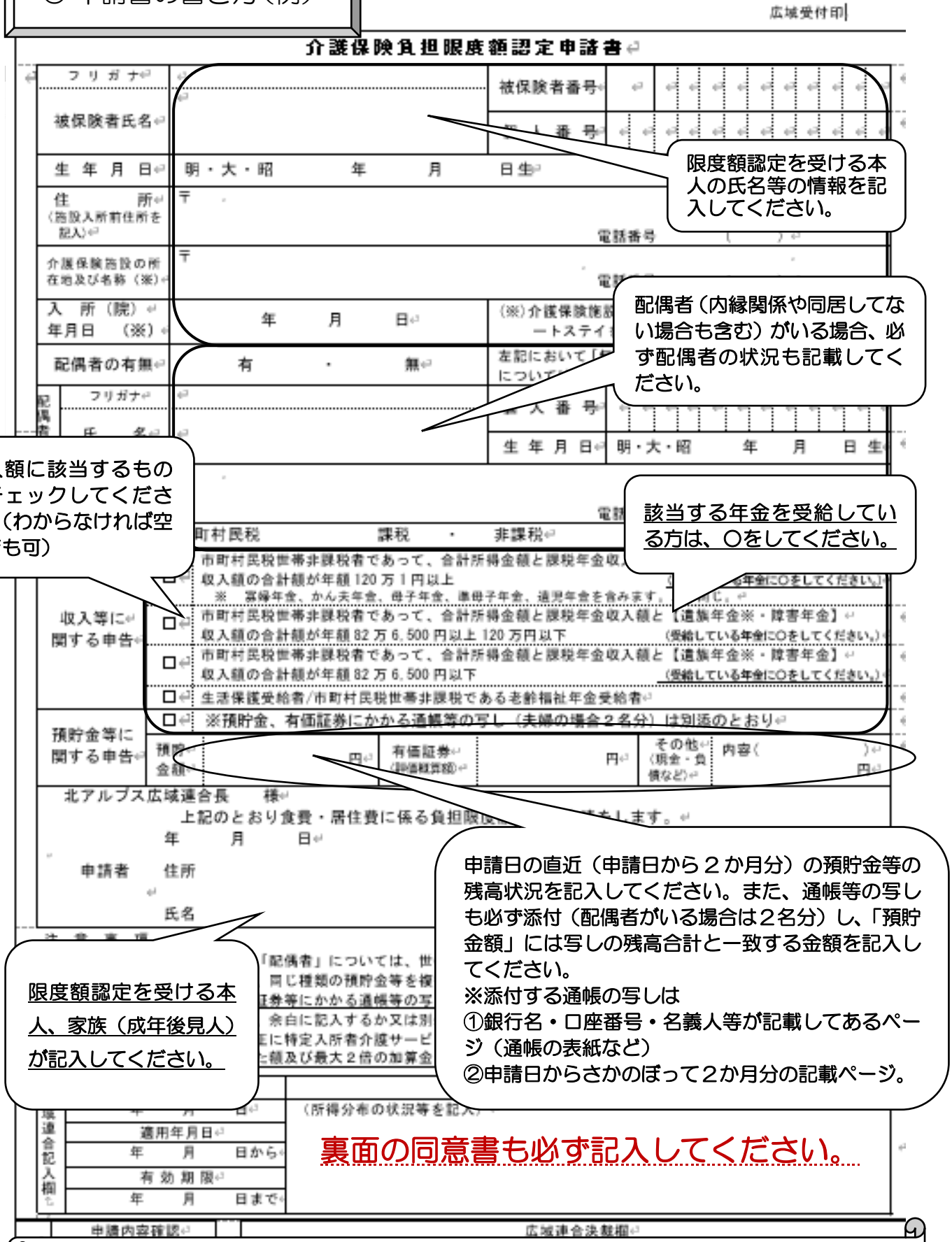
- 虚偽申告等の不正があった場合、給付額の返還に加えて、最大で給付額の２倍の加算金が発生しますのでご注意ください。

- 通帳を紛失した場合は再発行の手続きを行ってください。再発行ができない場合等は直近の残高照会と口座の名義がわかるものの提出をお願いします。

- 通帳に定期積立等の記載がある場合は定期預金があります。その場合、定期預金残高のわかる書類の写しがなければ受付できませんので必ず写しを添付してください。

お問い合わせ
北アルプス広域連合 介護福祉課 介護保険係
住所：〒398-0002　大町市大町 1058-33
電話：0261-22-7196

◎ 申請書の書き方（例）



限度額認定を受ける本人の氏名等の情報を記入してください。

配偶者（内縁関係や同居してない場合も含む）がいる場合、必ず配偶者の状況も記載してください。

収入額に該当するものにチェックしてください。（わからなければ空欄でも可）

該当する年金を受給している方は、○をしてください。

申請日の直近（申請日から２か月分）の預貯金等の残高状況を記入してください。また、通帳等の写しも必ず添付（配偶者がいる場合は２名分）し、「預貯金額」には写しの残高合計と一致する金額を記入してください。
※添付する通帳の写しは
①銀行名・口座番号・名義人等が記載してあるページ（通帳の表紙など）
②申請日からさかのぼって２か月分の記載ページ。

限度額認定を受ける本人、家族（成年後見人）が記入してください。

裏面の同意書も必ず記入してください。

「同意書」は内容をご確認の上、住所・氏名を記載してください。【配偶者がいる場合は配偶者分もお願いします。ご家族の代筆でも結構ですので、介護サービスをご利用になるご本人のお名前、ご住所を記載してください。】

～　申請書提出前に必ずご確認ください　～

□　申請書の「配偶者の有無」欄は記入しましたか？

□　申請書、同意書の署名はありますか？（配偶者がいる場合、配偶者欄も記入）

　※申請書裏面の同意書については、被保険者本人および配偶者の住所・氏名をご記入ください。ご本人が記入できない場合はご家族の代筆でも構いません。

□　本人および配偶者名義のすべての通帳について、口座名義人の氏名・金融機関名・口座番号が確認できるページの写しを添付しましたか？

□　申請日からさかのぼって２か月分以上の記帳があるページの通帳の写しを添付しましたか？

□　定期預金や投資信託は預貯金に含まれます。これらの資産がある場合は現在の残高のわかる証書や通帳の写しなどを添付しましたか？

□　年金を受給している場合、年金受給額が確認できるページの通帳の写しを添付しましたか？

*****　適用日（軽減が適用される日）についての注意事項　****

①　適用日は、申請書を受付けた日※の属する月の１日からです。
（例：８月31日に申請受理した場合は８月１日から適用、９月１日に申請受理した場合は９月１日から適用となります。）

※申請書を受付けた日とは、各市町村役場または北アルプス広域連合介護福祉課が受理した日となります。郵送での申請の場合、**投函日ではなく北アルプス広域連合介護福祉課に到着した日が受付日となりますので、郵送が月末近くになる際はご注意ください。**

②　申請に必要な書類に不備があると、受理ができません。申請の際は上記確認事項をよく確認して申請をしてください。