

介護保険負担限度額認定について

介護保険施設を利用する場合の居住費(滞在費)と食費は、原則自己負担となります。
ただし、認定要件を全て満たす方は、これらの費用を軽減することができます。

1. 対象となるサービス(有料老人ホーム、グループホーム等は対象外です。)

- ・施設サービス(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院)への入所
- ・ショートステイ(短期入所生活介護・短期入所療養介護)の利用

2. 対象となる方

- 要件1 利用者本人を含む**世帯全員**(別世帯の配偶者を含む)が**市民税非課税**であること
要件2 預貯金・有価証券などの**資産が基準額以下**(下表参照)であること

* 配偶者は、事実婚(内縁関係)にある場合も含みます。

3. 利用者負担段階

利用者負担段階	所得要件	資産要件(預貯金等)
第1段階	生活保護受給者	要件なし
	老齢福祉年金受給者	単身:1,000万円以下 夫婦:2,000万円以下
第2段階	前年の年金収入額(非課税年金含む)と合計所得金額の合計額が年額 82.65万円以下*	単身:650万円以下 夫婦:1,650万円以下
第3段階①	前年の年金収入額(非課税年金含む)と合計所得金額の合計額が年額 82.65万円超 120万円以下*	単身:550万円以下 夫婦:1,550万円以下
第3段階②	前年の年金収入額(非課税年金含む)と合計所得金額の合計額が年額 120万円超	単身:500万円以下 夫婦:1,500万円以下

※65歳未満の方は、資産要件が1,000万円以下(夫婦は2,000万円以下)であれば対象となります。

*令和8年8月から、80.9万円から82.65万円に基準額が変わります。また、負担能力に応じた負担を図る観点から、当該サービス費の支給額の見直しが行われ、第3段階の金額が一部変更になります(介護保険法の一部改正による)。

4. 一日あたりの負担限度額

			負担限度額(日額)【】はショートステイ			
			第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費			300円【300円】	390円【600円】	680円【1,030円】	1,420円【1,360円】
居住費	多床室	特養等	0円	430円	430円	530円
		老健・医療院 (室料を徴収する場合)	0円	430円	430円	530円
		老健・医療院等 (室料を徴収しない場合)	0円	430円	430円	430円
	従来型個室	特養等	380円	480円	880円	980円
		老健・医療院等	550円	550円	1,370円	1,470円
		ユニット型個室的多床室	550円	550円	1,370円	1,470円
	ユニット型個室	880円	880円	1,370円	1,470円	

◎ 負担限度額認定証の有効期間

申請日の属する月の初日から翌年度の7月末日までです。**令和8年8月1日以降も引き続き減額をご希望の方は、更新申請が必要です。令和8年8月31日(月)までに申請してください。**

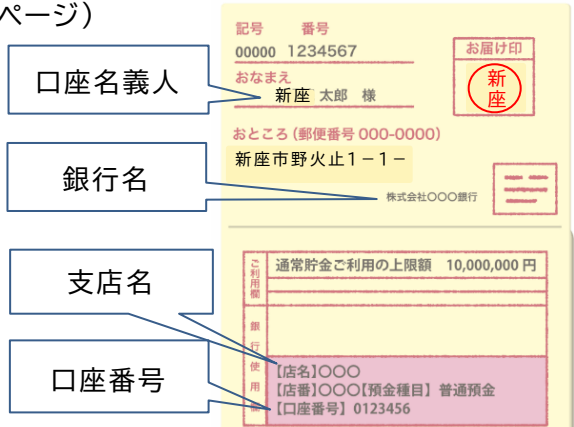
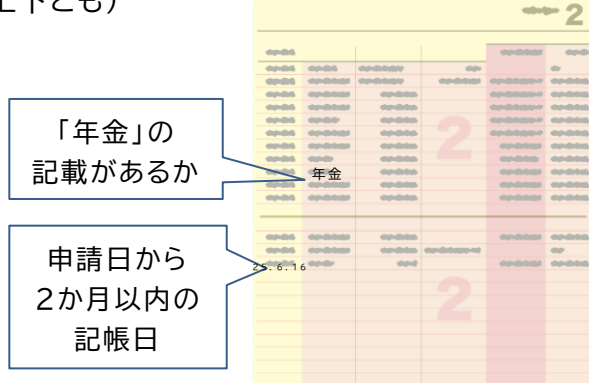
○●○ 申請する時は、申請書と添付書類が必要です。詳細は裏面をご参照ください。 ○●○

申請には、以下の書類が必要です。

- ☑ 1 介護保険負担限度額認定申請書(令和8年度用) → 記入漏れがないかご確認ください。
- ☑ 2 預貯金等の確認書類 → 以下のチェック表で添付漏れがないかご確認ください。

預貯金等の確認書類

本人(配偶者がいる場合は2人分)の全ての預金通帳等のコピーを添付してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者
<input type="checkbox"/>	<p>普通預金通帳の写し(コピー)</p> <p>① 表紙をめくった初めの見開きページ (銀行・支店・口座番号・名義人が分かるページ)</p>  <p>② 最終残高のページ (申請から2か月以内の記帳日があるページの上下とも)</p>  <p>「年金」の記載があるか</p> <p>申請日から2か月以内の記帳日</p> <p>※ 申請前に記帳をお願いします。 申請前に記帳しても、取引がないことにより最新の日付が2か月以上前の場合は、「以降入出金なし」と余白に追記してください。</p>
<input type="checkbox"/>	③ (定期預金通帳がある場合) ①・②と同様のページ
<input type="checkbox"/>	④ (通帳が複数ある場合) すべての通帳の①・②と同様のページ
<input type="checkbox"/>	⑤ (インターネットバンキングやネット銀行の場合) 該当するウェブサイトのコピーや残高証明等(名義人・銀行・支店・最終残高等が分かるページ)
<input checked="" type="checkbox"/>	配偶者(夫または妻)
<input type="checkbox"/>	⑥ 被保険者と同様の書類
<input type="checkbox"/>	⑦ 配偶者の非課税証明書(配偶者の住民登録が令和8年1月1日現在に新座市に無い場合のみ)

<input checked="" type="checkbox"/>	その他預貯金等に含まれるもの	添付が必要な書類
<input type="checkbox"/>	有価証券(株式・国債・社債等)・投資信託	証券会社、銀行等の口座残高のコピー
<input type="checkbox"/>	タンス預金(現金)	自己申告
<input type="checkbox"/>	負債(借入金・住宅ローンなど)	借用証書のコピー

提出方法

窓口または郵送で介護保険課へ御提出ください。郵送の場合は右記まで送付してください。

<提出先>

〒352-8623
新座市野火止一丁目1番1号(本庁舎1階)
新座市 介護保険課
介護給付・事業者係 負担限度額認定 担当

郵送の場合、切り取って宛名としてご利用いただけます。