

食費・部屋代の負担軽減〈介護保険負担限度額認定証〉

●内 容

施設入所及び短期入所（ショートステイ）利用時の食費・部屋代については、通常、全額自己負担となりますが、所得の低い方のサービス利用が困難にならないよう、世帯^(※1)・本人の所得に応じた負担限度額が設けられ、自己負担が軽減されます。

●利用の流れ

区役所保険年金課へ申請し、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受ける必要があります。
介護保険負担限度額認定証を施設に提示することにより、食費・部屋代が段階に応じた下表「負担限度額（日額）」の金額に軽減されます。

【負担限度額認定の申請時に必要なもの】

- ・介護保険証 ・被保険者及び配偶者（配偶者がいる場合）の預貯金通帳等の資産を確認できる書類
- ・~~印鑑（朱肉を使うもの）~~

●対象となるサービス

- 施設サービス（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院）
- （介護予防）短期入所生活介護 ●（介護予防）短期入所療養介護

負担限度額(日額)

段階	対象者	負担限度額	
		部屋代	食費
第1段階	・市民税非課税世帯で 老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護等を受給されている方	多床室	0円
		従来型個室	(特養等) 320円 (老健・療養等) 490円
		ユニット型個室の多床室	490円
		ユニット型個室	820円
第2段階	市民税非課税世帯で、 本人の預貯金等の合計額が基準額 ^(※2) 以下で、「合計所得金額 ^(※3) と公的 年金等収入額と非課税年金収入 額」の合計が年間80万円以下の方	多床室	370円
		従来型個室	(特養等) 420円 (老健・療養等) 490円
		ユニット型個室の多床室	490円
		ユニット型個室	820円
第3段階	市民税非課税世帯で、 本人の預貯金等の合計額 が基準額以下で、第2段階 以外の方	多床室	370円
		従来型個室	(特養等) 820円 (老健・療養等) 1,310円
		ユニット型個室の多床室	1,310円
		ユニット型個室	1,310円
第4段階	上記以外の方	・第4段階の方には負担限度額が設けられていません。 ・食費や部屋代は施設との契約によって決まります。	

国の定める基準費用額(日額)

部屋代		食費
多床室	(特養等)	855円
	(老健・療養等)	377円
従来型 個室	(特養等)	1,171円
	(老健・療養等)	1,668円
ユニット型 個室の多床室		1,668円
ユニット型 個室		2,006円

※1 世帯…本人が属する住民基本台帳上の世帯(配偶者が別世帯にいる場合、その配偶者を含めます。)

※2 基準額…単身の場合は1,000万円(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額が2,000万円)

※3 合計所得金額…情-7ページ「保険料について」の※2を参照してください。

●負担限度額第4段階の方の特例〈特例減額措置〉

2人以上の世帯において、介護保険施設または地域密着型介護老人福祉施設へ入所(ショートステイは対象外)し、下表の要件をすべて満たす場合には、申請により負担限度額が第3段階に軽減される場合があります。詳しくは区役所保険年金課にお問い合わせください。

特例減額措置の対象要件	特例減額措置の内容
①第4段階の食費・部屋代を負担すること ②世帯の年間収入から施設の利用者負担(自己負担、食費・部屋代の年間見込額)を除いた額が80万円以下であること ③世帯の預貯金等の合計が450万円以下であること ④日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと ⑤介護保険料を滞納していないこと	左の要件の②に該当しなくなるまで、食費もしくは部屋代、またはその両方について、第3段階の負担限度額を適用します。

食費・部屋代の差額の払戻し

介護保険負担限度額認定証を、やむをえず施設へ提示できず、「負担限度額」を超えて、「国の定める基準費用額」を超えない金額で支払いをした場合には、申請に基づき、差額の払戻しを受けることができます。詳しくは区役所保険年金課にお問い合わせください。

※「負担限度額」及び「国の定める基準費用額」については情-35ページの表を参照してください。

※支払った金額が「国の定める基準費用額」を超える場合は、差額の払戻しができません。

また、施設への支払いから2年を過ぎると申請ができなくなりますので、ご注意ください。

【差額支給の申請時に必要なもの】

- ・介護保険証 ・食費・部屋代の領収書 ・印鑑（朱肉を使うもの） ・振込先口座の確認ができるもの

高額医療・高額介護合算制度

各医療保険（「国民健康保険、健康保険組合などの社会保険（以下「被用者保険」といいます。）」、「後期高齢者医療制度」と、「介護保険^(※1)」の自己負担の1年間の合計額が高額となった場合に、定められた自己負担上限額を超えた分が支給される制度です。

支給を受けるためには、加入されている医療保険の窓口^(※2)で申請手続きをする必要があります（申請の際、領収書の提示は不要です）。詳しくは、加入されている医療保険にお問い合わせください。

※1 介護予防・生活支援サービス事業の利用による自己負担も一部対象となります。

※2 国民健康保険または後期高齢者医療制度に加入されている方は、窓口が区役所保険年金課になります。

高額医療・高額介護合算制度における世帯の自己負担上限額

8月1日～翌年7月31日の12か月間の合計

所得区分	計算期間の前年の所得 (基礎控除後の総所得金額等)	国民健康保険に 加入されている 70歳未満の方等	所得区分	
			国民健康保険に 加入されている 70～74歳の方	後期高齢者 医療制度に 加入されている方
ア	901万円超	212万円	現役並み所得者Ⅲ	212万円
イ	600万円超901万円以下	141万円	現役並み所得者Ⅱ	141万円
ウ	210万円超600万円以下	67万円	現役並み所得者Ⅰ	67万円
エ	210万円以下	60万円	一般	56万円
オ	市民税非課税世帯	34万円	低所得者Ⅱ	31万円
			低所得者Ⅰ	19万円

●所得区分及び自己負担額について、詳しくは加入している

医療保険の窓口までお問い合わせください。

●同じ世帯でもそれぞれ異なる医療保険に加入している場合は合算できません。

●被用者保険に加入している方は、加入されている健康保険にお問い合わせください。

●低所得者Ⅰ区分の世帯で介護サービス費等の利用者が複数いる場合、医療保険からの支給は上表の自己負担上限額で計算され、介護保険からの支給は別途設定された自己負担上限額の「世帯で31万円」で計算されます。

