

介護保険負担限度額認定制度について

低所得の要介護者が、施設サービスや短期入所サービスを利用する際の食費や居住費（滞在費）の自己負担額を軽減する制度です。（有料老人ホームは対象となりませんので申請は不要です。）

対象となる方については、下表をご確認ください。

本人、配偶者（別世帯を含む）、および世帯全員が特別区民税非課税であることが前提となります。

利用者負担段階	対象（第1号被保険者）※1	
第1段階	①特別区民税非課税である老齢福祉年金受給者 ②生活保護受給者 ③中国残留邦人等支援給付の受給者	
第2段階	特別区民税非課税	収入額※2が80万9千円以下であって預貯金等の資産が650万円以下の方（夫婦の場合は1,650万円以下）
第3段階①		収入額※2が80万9千円超120万円以下であって預貯金等の資産が550万円以下の方（夫婦の場合は1,550万円以下）
第3段階②		収入額※2が120万円を超える方で、預貯金等の資産が500万円以下の方（夫婦の場合は1,500万円以下）

※1：第2号被保険者及び老齢福祉年金受給者の場合、預貯金等の資産は単身1,000万円以下、夫婦の場合2,000万円以下であること。

※2：収入額とは、本人の合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金（遺族年金・障害年金等）収入額のこと。

申請に必要なもの

※必要書類に不備不足があると審査が中断します。

- ① 介護保険負担限度額認定申請書兼同意書
- ② 同意書（申請書の裏面）
- ③ 本人及び配偶者の通帳等のコピー（4ページ参照）
- ④ 本人のマイナンバーが確認できるもの（マイナンバーカード、通知カードなど）
- ⑤ 配偶者の非課税証明書（住民票を大田区外にしている配偶者がいる場合のみ）

以下、申請者によって必要書類が異なります。

申請者	本人	⑥ 本人の身元確認書類（4ページ参照）
	代理人 （家族・ケアマネ等）	⑦ 家族・ケアマネ等の身元確認書類（4ページ参照） ⑧ 委任状（3ページ参照・代筆不可） ⑨ ⑧の作成が困難な場合のみ 本人の介護保険被保険者証など
	法定代理人	⑩ 法定代理人の身元確認書類（4ページ参照） ⑪ 登記事項証明書

申請方法

郵送

同封の返信用封筒（ピンク色）に切手を貼り、郵送してください。
上記①②③⑧以外は、コピーを送付してください。

窓口

上記必要書類の原本を、大田区役所本庁舎3階 介護保険課（13番窓口）までお持ちください。

電子申請

マイナンバーカードを利用した電子申請もできます。
詳細は右の二次元バーコードからご確認ください。



▲本人申請



▲代理人申請

負担限度額認定証について

- 認定期間は原則として区が受理した日の属する月の初日からとなります。
- 審査結果は、郵送でご本人の住所または送付先変更届の送付先へお送りいたします。
- 軽減を受けるためには認定証を利用する施設にご提示ください。ご提示がない場合、認定を受けていても軽減が受けられないことがあります。ご注意ください。
- ※申請日以降に、住民税の修正申告をした場合や、世帯構成に変化があった場合等申請時の状況に変化があった場合は、認定の内容が変更になる場合がありますので、下記へご連絡ください。

送付先・問合せ先

〒144-8621 大田区蒲田5-13-14

大田区福祉部介護保険課 給付担当 電話番号 03-5744-1622

第14号の3様式(第26条の5関係)

介護保険負担限度額認定申請書兼同意書

(宛先) 大田区長

令和7年8月1日

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

新規(更新)再交付

フリガナ	オオタ タロウ	被保険者番号	0123456789
被保険者氏名	大田 太郎	個人番号 (マイナンバー)	012345678910
生年月日	昭和20年1月1日	連絡先	03-0000-0000
住 所	大田区大森西△丁目△番△号	連絡先	03-0000-0000
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	大田区蒲田○丁目○番○号 特別養護老人ホーム○○		
入所(院)年月日	令和5年7月1日	※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(注1)	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。	
フリガナ	オオタ ハナコ	生年月日	昭和18年1月1日
氏 名	大田 花子	住民税課税状況	課税・非課税
個人番号	01234567891	世帯状況	同一世帯・別世帯(大田区内)・別世帯(大田区外)
住 所	大田区大森西△丁目△番△号	連絡先	03-0000-0000
1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合) 東京都○○区○○○丁目○番○号		

収入、預貯金等に 関する申告	☐	生活保護受給者／市区町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者			
	☒	市区町村民税世帯非課税者			
	☐	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注2)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額80万9千円以下で、かつ、預貯金等の資産が650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下です。			
	☒	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注2)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額80万9千円超120万円以下で、かつ、預貯金等の資産が550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下です。			
	☐	合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金(注2)・障害年金】(受給している年金に○をしてください。)収入額の合計額が年額120万円超で、かつ、預貯金等の資産が500万円(夫婦の場合は1,500万円)以下です。			
預貯金額 (注3)	450万 円	有価証券 (評価額算額)	0 円	その他(注4) (現金・負債を含む。)	内容(現金 50万 円)

申請者が被保険者本人の場合には、以下についての記入は不要です。

申請者氏名	大田 一郎	連絡先(自宅・勤務先・携帯)	03-0000-0000
申請者住所 〒144-0053	大田区蒲田本町○丁目○番○号	被保険者との関係	子

同意書

(宛先) 大田区長

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、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況並びに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、大田区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和7年8月1日

<本人>

住所 大田区大森西△丁目△番△号

氏名 大田 太郎

<配偶者>

住所 大田区大森西△丁目△番△号

氏名 大田 花子

年 月 日

(宛先) 大田区長

(委任者・被保険者)

住所

氏名

印

委任状

私は、介護保険の負担限度額認定申請について
下記の者を私の代理人と定め、その権限を委任します。

記

受任者

(1) 住所 〒

(2) 氏名

(3) 委任者との関係

(4) 電話番号

負担限度額認定申請 資産・負債確認書類

ご本人・配偶者名義のすべての通帳が必要となります。

○□座名義人・□座番号・銀行名・支店がわかる部分

(表紙を1ページめくった部分)

○最新の残高がわかる部分

(申請日の直近2か月以内に記帳したもの、定期預金を含む)

提出が必要なもの	提出方法
預貯金（普通・定期） 出資金（信用金庫・信用組合）	通帳の写し（インターネットバンキングであれば口座残高の写し） 口座名義人・口座番号・銀行名・支店がわかる部分 最新の残高がわかる部分 年金の振込がわかる部分
有価証券 （株式・国債・地方債・社債など）	証券会社、銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しでも可）
金・銀（積立購入を含む）購入先の 口座残高によって時価評価が容易 に把握できる貴金属	購入先の銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しでも可）
投資信託	銀行、投資信託、証券会社の口座残高の 写し（ウェブサイトの写しでも可）
タンス預金（現金等）	自己申告
負債（借入金・住宅ローン等）	借入書などの現在の借入れ状況が分かる書 類の写し

申請者の身元確認書類

本人申請の場合は本人の、代理人申請の場合は代理人の【a】または【b】が必要です。
郵送の場合は、コピーをご提出ください。

【a】 1種類	【b】 2種類以上
運転免許証 旅券 マイナンバーカード 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 在留カード又は特別永住者証明書 写真付き身分証明書等	資格確認証（医療保険） 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証 年金手帳 健康保険日雇特例被保険者手帳 （国家・地方公務員）共済組合の組合員証 写真なし資格証明書（生活保護受給者証等） 国税、地方税、社会保険料、公共料金の 領収書 戸籍の附票の写し（謄本もしくは抄本も可） 住民票の写し、住民票記載事項証明書 源泉徴収票（公的年金等の源泉徴収票）