

## \* 介護保険負担限度額認定証

負担限度額認定申請書に必要事項を記入して介護保険課・各総合事務所健康福祉課に提出して下さい。  
有効期間は認定月の初日から7月31日までです。引き続き負担の軽減を受けるには更新が必要となります。

利用者負担段階		対象者
利用者負担第1段階		生活保護受給者・高齢福祉年金受給者
利用者負担第2段階		・市民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万以下の方 ・資産(預貯金)が単身で650万以下 夫婦で1,650万以下
利用者負担第3段階	①	・市民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万以上～120万円以下 ・資産(預貯金)が単身で550万以下 夫婦で1,550万以下
	②	・市民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円以上 ・資産(預貯金)が単身で500万以下 夫婦で1,500万以下
基準費用額		・市民税課税世帯・配偶者が課税 ・上記「第2段階～第3段階①・②」の資産要件を超える *いずれかに該当する場合 <b>*但し、第2号被保険者の資産要件は、単身1,000万以下 夫婦2,000万以下で判断されます。</b>

## \* 施設利用料 例

\*食費・居住費+支払い代行手数料+タオルリース代を含めた月(30日)あたりの利用料の概算です。\*加算取得項目により金額は多少前後します。

\*別途、医療費、日用品等が自己負担でかかります。

1割負担	負担第1段階		負担第2段階		負担第3段階①		負担第3段階②	
	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室
要介護度 1	37,000	57,000	52,500	65,000	62,000	88,000	84,300	109,300
要介護度 2	39,000	60,000	55,000	67,000	63,500	89,500	85,800	110,800
要介護度 3	41,500	61,500	57,500	69,000	65,000	91,000	87,300	112,300
要介護度 4	43,500	63,500	60,000	71,000	66,500	92,500	88,800	113,800
要介護度 5	46,000	65,500	61,500	73,000	69,000	94,500	91,300	115,800

1割負担	基準費用額		2割負担		3割負担	
	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室
要介護度 1	105,000	125,000	126,600	146,100	150,100	169,600
要介護度 2	107,500	128,000	128,600	150,600	154,100	176,100
要介護度 3	109,500	130,000	134,100	153,600	161,300	180,800
要介護度 4	111,500	133,000	138,600	158,600	168,100	188,100
要介護度 5	113,500	135,000	142,600	162,600	174,600	194,600

## \* 日用品 自己負担分

歯ブラシ	100円
義歯ブラシ	450円
舌苔ブラシ	180円
ワンタフトブラシ	170円
歯磨き粉	110円
入歯洗浄剤	600円
ティッシュペーパー	70円
ウエットティッシュ	100円

\*ご家族様準備、持参可

## \* 介護保険外 自己負担分

個人使用リースタオル類(1日)	80円/日
支払い代行手数料(1日)	100円/日
特別室利用料(個室) ※テレビ、冷蔵庫、大型床頭台設置	350円/日
テレビ使用料	30円/日
書道クラブ	1回 50円
華道クラブ	1100円
くもん学習療法	1ヶ月 2500円
理髪代(カット・ヘアカラー・パーマ等)	2240円～
入院時事務手続き代行料	300円/日
その他、外出支援など	実費