

令和8年度 介護保険負担限度額認定申請の手引き

1. 概要

介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）やショートステイを利用する方の食費・居住費については、低所得の方への補助（補足給付）を行っています。

2. 支給要件（令和8年8月から）

負担段階	所得の状況		預貯金額（夫婦の場合）
第1段階	生活保護受給者		要件なし
	世帯全員が 市町村民税 非課税	老齢福祉年金受給者	1,000万円（2,000万円）以下
第2段階		年金収入金額（※）＋合計所得金額が 82.65万円以下	650万円（1,650万円）以下
第3段階①		年金収入金額（※）＋合計所得金額が 82.65万円超～120万円以下	550万円（1,550万円）以下
第3段階②		年金収入金額（※）＋合計所得金額が 120万円超	500万円（1,500万円）以下

※年金収入には、非課税年金（遺族・障害年金など）の収入も含まれます。

3. 申請に必要なもの

- （1）介護保険負担限度額認定申請および同意書（申請書の裏面）
- （2）本人及び配偶者の全ての口座についての預貯金等の資産の額が確認できる通帳等の全ての写し

預貯金等	提出いただく書類
預貯金（普通・定期等）	通帳の写し ① 通帳表紙の裏面（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が分かるページ） ② 過去2ヶ月以内に記帳した、最終残高が分かるページ ③ 最新の年金振込が分かるページ（年金を受給している方のみ） ④ 総合口座通帳の場合、定期・定額・貯蓄・積立等の部分が、「0円（なし）」の場合でも、その部分の写しが必要になります。 ⑤ インターネットバンクの場合、口座名義・残高等が確認できるウェブサイトの写しも可
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
現金（タンス預金など）	自己申告で確認
負債（借入金・住宅ローンなど）	借用証書、残高証明書等の写し ※預貯金額等から差し引きます。

- （3）令和8年1月1日現在、一関市または平泉町に住民票がない場合は、前住所地の非課税証明書を添付していただく場合があります。同一世帯の方および配偶者の方も同様です。

4. 提出先

<窓口> 一関市長寿社会課・各支所市民福祉課、平泉町保健センター

<郵送> 一関地区広域行政組合 介護保険課 資格給付係 〒021-8501 岩手県一関市竹山町7番2号

介護保険施設等に入所する一部の方の食費・居住費が 令和8年8月1日から変わります

介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院)やショートステイを利用する方の食費・居住費については、低所得の方への補助(補足給付)を行っています。



令和8年8月から、第3段階①・②に該当する方について、食費が**30円～60円(日額)**、一部の方を除き居住費については**100円(日額)**引き上げられます。

* 食費の基準費用額についても**100円(日額)**引き上げられます。

			基準 費用額	負担限度額（負担いただく日額）					
				第1段階	第2段階	第3段階①		第3段階②	
						令和8年 7月まで	令和8年 8月から	令和8年 7月まで	令和8年 8月から
食費 【ショートステイの場合】			1,545円	300円 【300円】	390円 【600円】	650円 【1,000円】	680円 【1,030円】	1,360円 【1,300円】	1,420円 【1,360円】
居住費	多床室	特養等	915円	0円	430円	430円	430円	430円	530円
		老健・医療院 （注）	697円	0円	430円	430円	430円	430円	530円
		老健・医療院等	437円	0円	430円	430円	430円	430円	430円
	従来型個室	特養等	1,231円	380円	480円	880円	880円	880円	980円
		老健・医療院等	1,728円	550円	550円	1,370円	1,370円	1,370円	1,470円
		ユニット型個室的多床室	1,728円	550円	550円	1,370円	1,370円	1,370円	1,470円
		ユニット型個室	2,066円	880円	880円	1,370円	1,370円	1,370円	1,470円

(注)「その他型」もしくは「療養型」の介護老人保健施設又は「Ⅱ型」の介護医療院における多床室の入所者(療養室の床面積が8㎡/人以上に限る。)が対象。



補足給付の対象となる方

(令和7年度の年金額改定を踏まえ、令和8年8月から、利用者負担段階の基準を見直します。)

利用者負担段階	補足給付の主な対象者(令和8年8月～)		預貯金額(夫婦の場合)
第1段階	生活保護受給者		要件なし
	世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者		1,000万円(2,000万円)以下
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税	年金収入金額(※)+合計所得金額が82.65万円以下	650万円(1,650万円)以下
第3段階①		年金収入金額(※)+合計所得金額が82.65万円超～120万円以下	550万円(1,550万円)以下
第3段階②		年金収入金額(※)+合計所得金額が120万円超	500万円(1,500万円)以下

※ 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業も対象となる場合があります。(事業を実施していない社会福祉法人等もあります。)

補足給付の対象ではない方

ご負担いただく額は、施設と利用者の契約により決められています。
ご自身が居住費の引上げの対象になるかは施設にご確認ください。

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 8 年 8 月 1 日

一関地区広域行政組合管理者 様

個人番号不明の場合は記入不要

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。

フリガナ 被保険者氏名	イチノセキ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	一関 太郎	個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
		生年月日	昭和	1	0	年	4	月	1	日		
住所	一関市竹山町〇ー〇（住民票上の住所） 電話番号 0191-31-××××											
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	一関市青葉〇ー〇 介護老人保健施設 〇〇荘 電話番号 0191-31-××××											
入所（院）年月日 （※）	令和 8 年 8 月 1 日（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び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	☒ 有 ☐ 無		配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。													
配偶者に関する事項	フリガナ	イチノセキ ハナコ														
	氏名	一関 花子														
	生年月日	昭和11年	4	月	1	日	個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	住所	一関市竹山町〇ー〇 電話番号 0191-31-××××														
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）	電話番号														
課税状況	市町村民税 ☐ 課税 ☒ 非課税															

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者										
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。										
	☒	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。										
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。										
	預貯金額	2,500,000円	有価証券 （評価概算額）	500,000円	その他 （現金・負債を含む）	（現金 50,000円）※ ※内容を記入してください。						

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	一関 次郎	連絡先（自宅・勤務先）	0191-34-××××
申請者住所 〒	029-4102 平泉町平泉字志羅山〇ー〇	本人との関係	子

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面の同意書も必ずご記入ください。

同意書

一関地区広域行政組合管理者 様

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに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、貴組合管理者の報告要求に対し、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 8 年 8 月 1 日

本人および配偶者の住所・氏名を必ず手書きで記入してください。
(本人による署名が困難な場合は代筆可)

〈本人〉

住所 一関市竹山町〇一〇

氏名 一関 太郎

〈配偶者〉

住所 一関市竹山町〇一〇

氏名 一関 花子

(代筆者： 一関 次郎 (続柄： 子))

一関地区広域行政組合記入欄

令和 年度		結果									
交付年月日	世帯課税	☐ 非課税世帯	☐ 課税世帯	☐ 該 当 1・2・3①・3② 段階 []							
令和 年 月 日	配 偶 者	☐ 有	☐ 無	☐ 非該当 ・本人課税 ・世帯員課税 [] ・別居配偶者課税 ・資産一定額以上							
適用年月日	資産要件	☐ 一定額以下	☐ 一定額以上								
令和 年 月 日	生活保護	☐ 有 []	☐ 無								
	老齢福祉年金	☐ 有 []	☐ 無								
	給付制限	☐ 有 []	☐ 無								
	境界層措置	☐ 有 []	☐ 無								
令和 年 月 日	要介護度	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2	

受付		入力	確認
長・花・大・千・東・室・川・藤 平・広・()		/	/

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

一関地区広域行政組合管理者 様

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。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
	生 年 月 日		年 月 日																	
住 所	電話番号																			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	電話番号																			
入所（院）年月日 （※）	令和 年 月 日		（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び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		☐ 有 ☐ 無		配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏 名																			
	生 年 月 日		年 月 日		個人番号															
	住 所		電話番号																	
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）		電話番号																	
	課 税 状 況		市町村民税 ☐ 課税 ・ ☐ 非課税																	
収入等に関する申告	☐		①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																	
	☐		③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																	
	☐		④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。																	
	☐		⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。																	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐		預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。																	
	預貯金額		円	有価証券 （評価概算額）		円	その他 （現金・負債を含む）		（ ）※ 円	※内容を記入してください。										

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面の同意書も必ずご記入ください。

同意書

一関地区広域行政組合管理者 様

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに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、貴組合管理者の報告要求に対し、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 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

(代筆者： (続柄：))

一関地区広域行政組合記入欄

令和 年度		結果	
交付年月日	世帯課税 ☐ 非課税世帯 ☐ 課税世帯	☐ 該当	
令和 年 月 日	配偶者 ☐ 有 ☐ 無	1・2・3①・3② 段階	
適用年月日	資産要件 ☐ 一定額以下 ☐ 一定額以上	[]	
		[円]	
令和 年 月 日	生活保護 ☐ 有 [] ☐ 無	☐ 非該当	
	老齢福祉年金 ☐ 有 [] ☐ 無	・本人課税	
有効期限	給付制限 ☐ 有 [] ☐ 無	・世帯員課税	
	境界層措置 ☐ 有 [] ☐ 無	[]	
令和 年 月 日	要介護度 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	・別居配偶者課税	
		・資産一定額以上	

受付		入力	確認
長・花・大・千・東・室・川・藤 平・広・()		/	/