

# 生計困難者等に対する利用者負担額の軽減制度について

東京都軽減事業の申出を行っている事業所の介護保険サービスを利用されている方で、下記要件に該当する方は申請することにより、利用者負担額(介護費負担・食費・居住費(滞在費))の25%(老齢福祉年金受給者は50%)が軽減されます。

## ○対象者の要件

1	世帯全員が住民税非課税であること				
2	介護保険料を滞納していないこと				
3	負担能力のある親族(住民税課税者)等に扶養されていないこと				
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				
		世帯人数			
		1人	2人	3人	4人以上
5	※1 年間収入	150万円以下	200万円以下	250万円以下	以降、世帯人数が1人増えるごとに50万円を加えた額
6	※2 預貯金額	350万円以下	450万円以下	550万円以下	以降、世帯人数が1人増えるごとに100万円を加えた額

※1 年間収入には、障害年金等の非課税年金も含まれます。

※2 預貯金額とは、銀行・信用金庫等全ての預貯金の合計金額です。(有価証券、債券も含まれます。)

## ○要件全てに該当する方は、介護保険課に申請してください。

【受付窓口】 介護保険課 給付調整係 (北区役所 第一庁舎 1階 13番窓口)

※窓口での申請ができない方は、給付調整係へご連絡ください。

### 【ご持参いただくもの】

- ①世帯全員の令和3年中の収入が確認できるもの(公的年金等の源泉徴収票など)
- ②世帯全員のすべての預貯金通帳・有価証券・債券等  
(預金通帳は記帳してお持ちください。また令和3年1月からの出入金を確認させていただきますので、通帳を繰り越している場合は旧通帳もお持ちください。)

## ○対象となるサービス(介護予防サービスを含む) ※・・利用者負担第2段階の方は食費・居住費のみが対象です

- |                      |   |
|----------------------|---|
| ①訪問介護                | ⑪地域密着型通所介護(食費を含む)   |
| ②訪問入浴介護              | ⑫認知症対応型通所介護(食費を含む)  |
| ③通所介護(食費を含む)         | ⑬小規模多機能型居宅介護(食費・宿泊費含む)※                                   |
| ④短期入所生活介護(食費・滞在費を含む) | ⑭介護老人福祉施設(食費・居住費を含む)※                                     |
| ⑤短期入所療養介護(食費・滞在費を含む) | ⑮地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(食費・居住費を含む)※                         |
| ⑥訪問看護                | ⑯看護小規模多機能型居宅介護(食費・居住費を含む)※                                |
| ⑦訪問リハビリテーション         | ⑰第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び<br>第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 |
| ⑧通所リハビリテーション(食費を含む)  | [自己負担の割合が保険給付と同様のものに限る]                                   |
| ⑨定期巡回・随時対応型訪問介護看護※   |   |
| ⑩夜間対応型訪問介護           |   |

上記サービスを受けていても、サービス提供事業者が東京都軽減事業の申出を行っていない場合は、軽減を受けることができません。

申請の手続きの後、対象となる方に「生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証」を交付します。東京都軽減事業の申出を行っているサービス事業者に提示してください。

問い合わせ先 北区 福祉部 介護保険課 給付調整係(第一庁舎 1階 13番)  
電話 03-3908-1286

第2号様式(第8条関係)

生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	131177
		被保険者番号	
住 所	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由		区 分	新規・更新・再交付

東京都北区長 殿

上記のとおり社会福祉法人等・介護保険サービス提供事業者による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。

令和 年 月 日

住 所

申 請 者

氏 名

電話番号

区 記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	( 世帯者の所得状況等を把握 )
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

## 収入及び預貯金等申告書兼同意書

令和 年 月 日

東京都北区長 殿

氏名

印

被保険者番号

- 1 令和3年中の世帯の収入及び世帯の預貯金等について、下記のとおり申告します。
- 2 申告内容について介護保険課が関係機関において、確認することに同意します。

1. 世帯の収入				
	氏名	生年月日	種類	金額
世帯員		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
収入 計				円
2. 世帯の預貯金等				
銀行名等	支店名等	種目	金額	
銀行・信用金庫・信用組合等	支店	普通・定期・通常・定額	円	
銀行・信用金庫・信用組合等	支店	普通・定期・通常・定額	円	
銀行・信用金庫・信用組合等	支店	普通・定期・通常・定額	円	
その他			円	
その他			円	
預貯金等 計				円

※1 年金等決定額通知書やすべての預貯金通帳(銀行・信用金庫等)の写し等収入及び預貯金等の状況が確認できる書類を添付してください。

※2 預貯金等については、有価証券及び債券についても記入してください。

## 資産及び扶養の有無に関する申告書兼同意書

令和 年 月 日

東京都北区長 殿

氏名

㊟

被保険者番号

令和 年 月 日現在において、下記の事項について、相違ないことを申告します。

また、申告内容について介護保険課が関係機関において、確認することに同意します。

### 記

1. 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。
2. 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。