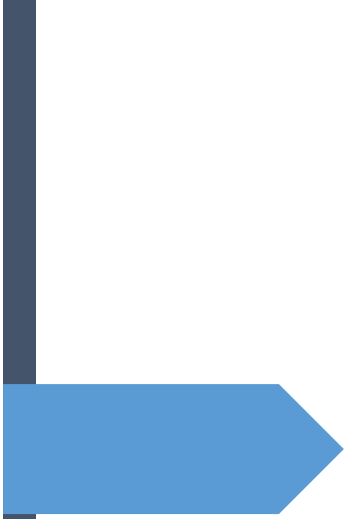
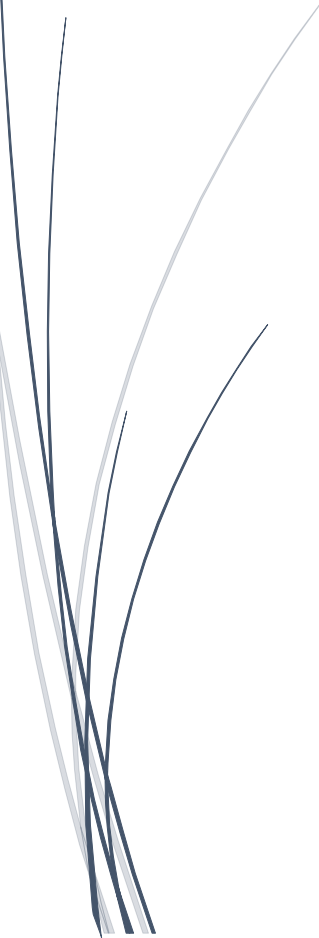


A dark blue vertical bar is on the left. A blue arrow points right from it, pointing towards the title.

介護保険サービス 利用者負担軽減制度のご案内 (令和 8 年度版)

Several thin, curved lines in shades of blue and grey, resembling grass or reeds, grow from the bottom left.

藤沢市 介護保険課

2026 年(令和8年)8月

<目次>

1. 高額介護サービス費等の支給.....	2
2. 高額医療・高額介護合算制度	5
3. 食費・居住費の軽減制度(介護保険負担限度額認定)	6
4. 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置	13
5. 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度	19
6. 藤沢市介護保険居宅サービス等自己負担額助成制度	27
7. 介護保険制度における生活保護境界層措置	33
8. 特別な事情による利用者負担の減免制度	37
9. 介護保険サービスの利用者負担と医療費控除	41

1. 高額介護サービス費等の支給

(1) 制度の概要

介護保険サービス及び総合事業(介護予防・生活支援サービス)に係る利用者負担額(1割、2割又は3割)の合計額には、1か月の上限額が設定されています。

利用者負担額が、定められた上限額を超えた場合には、申請により、「高額介護(予防)サービス費(又は高額介護予防サービス費等相当事業費)」として、その超えた額を支給します。

ただし、施設サービス等に係る食費・居住費(滞在費)、特定福祉用具購入や住宅改修の費用、区分支給限度額を超えたサービス費用などは対象となりません。

(2) 利用者負担の上限額(月額)

利用者負担段階区分	上限額(月額)
課税所得 690 万円以上(年収約 1,160 万円以上)の 65 歳以上の方がいる世帯	140,100 円(世帯)
課税所得 380 万円以上 690 万円未満(年収約 770 万円以上約 1,160 万円未満)の 65 歳以上の方がいる世帯	93,000 円(世帯)
課税所得 145 万円以上 380 万円未満(年収約 383 万円以上約 770 万円未満)の 65 歳以上の方がいる世帯	44,400 円(世帯)
市町村民税課税世帯(上記 3 区分以外)	44,400 円(世帯)
市町村民税世帯非課税でその他の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 82 万 6,500 円超の方	24,600 円(世帯)
・市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金を受給している方 ・市町村民税世帯非課税でその他の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 82 万 6,500 円以下の方	15,000 円(個人) 24,600 円(世帯)
生活保護受給者など	15,000 円(個人)

(3)申請方法等

- ◇ 高額介護サービス費等の支給が見込まれる方に、原則、サービス利用月の翌々月に、『介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書』を送付しますので、必要事項を記入の上、藤沢市に提出してください。
- ◇ 申請書が複数枚届いている場合は、すべて提出が必要です。
- ◇ 申請書は、一度提出いただくと、次回以降の申請は不要となります。再度支給対象となった場合には、当初ご登録いただいた口座に振り込みを行います(自動償還)。
- ◇ 振込先口座の変更をご希望の方は、口座変更届の提出が必要となりますので、介護保険課までご連絡ください(口座変更の情報が反映されるまで、おおむね1か月かかります。)
- ◇ 申請書提出後、支給にかかる審査を経て2～3か月後に支給します。
振込金額及び振込予定日は、後日送付する「支給決定通知書」でご確認ください
- ◇ 被保険者が亡くなったときには、相続人代表者の方が、「受給資格申告書兼給付費支給指定口座変更届」を提出してください(相続人等であることが確認できる書類等の添付が必要です。)
- ◇ 申請書の様式が変更になる場合があります。

(4)受付窓口及び受付時間

- ◇ 介護保険課
平日 8時30分から17時00分まで
- ◇ 各市民センター(石川分館を含む)の地区福祉窓口
平日 8時30分から12時00分まで
13時00分から17時00分まで

<郵送で提出する場合には、次の宛先に送付してください>

〒251-8601

藤沢市朝日町1番地の1

藤沢市役所 介護保険課 総務・給付担当

書き方見本

2026年1月～発行版

◆申請書が複数枚ある場合、
申請書はすべて提出が必要です。

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ	フジサワ カイゴ	保険者番号	1	4	2	0	5	9
被保険者氏名	藤沢 介護	被保険者番号	0	0	0	×	×	×
生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇〇日	個人番号	△	△	△	△	△	△
住所	251-8601 藤沢市朝日町1番地の1	電話番号						
本人支払額	※こちらの欄については記入不要です							
備考	対象年月：令和〇年〇月							

◆個人番号（マイナンバー）が不明の場合は、空欄のまま、
ご提出ください。

藤沢市長 上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 20××年 2月 1日		〒 251-8601 住所 藤沢市朝日町1番地の1 申請者（被保険者）氏名 藤沢 介護	電話番号 0466-25-1111 個人番号 △△△△△△△△△△
世帯構成	世帯主	氏名 藤沢 介護	生年月日 昭和10年10月10日
	世帯員	氏名 藤沢 給付	生年月日 昭和13年12月12日
	世帯員	氏名	生年月日

注意・今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。
・給付制限を受けている方は、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。
・サービスを利用した月分の高額介護（予防）サービス費は、その翌月の1日から2年を遡って受給を受け
ることができなくなります。

◆申請日、被保険者本人
の住所・氏名・電話番号
を記入してください。
◆個人番号（マイナンバー）
が不明の場合は、空欄の
ままご提出ください。
◆成年後見人等の場合には、
後見人の住所・氏名等を
記入し、登記事項証明書の
写し等を添付してください。
◆相続人が申請する場合は
相続人代表者の氏名等を
記入し、合わせて「受給資
格者申告書 兼 給付費
支給指定口座変更届」を
提出してください。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	※被保険者以外の方の口座を指定された場合は、受領に関する権限が委任されたものとして取り扱いします。							
口座振込 依頼欄	金融機関コード	1	1	1	1	0	0	1
	店舗コード							
	種目	1. 普通	2. 当座預金	3. その他				
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	フジサワ カイゴ							
口座名義人	藤沢 介護							

◆同一世帯に要支援・
要介護の方が2人以上
いる場合はご記入
ください。
◆被保険者番号・個人番号
（マイナンバー）が不明の
場合は、空欄のまま
ご提出ください。

藤沢市記入欄

区分	世帯集
1. 単独	
2. 合算	

◆振込先口座を記入してください。
（被保険者本人以外（本人死亡の場合は相続人代表者以外）の口座を記入した場合、
受領に関する権限が委任されたものとして取り扱いします。）
◆同一の被保険者の申請書を複数枚提出する場合、口座欄は1枚のみに記入してください。
◆ゆうちょ銀行を振込先口座とする場合、振込用の店名、預金種別、口座番号が必要です。
通帳でご確認いただくか、「記号番号」からゆうちょ銀行のホームページで検索することができます。

2. 高額医療・高額介護合算制度

(1) 制度の概要

「高額医療・高額介護合算制度」とは、医療保険と介護保険の1年間(毎年8月から翌年7月まで)の自己負担の合計額が、定められた上限額を超えた場合に、申請により超えた額を支給する制度です。

支給額は医療・介護のそれぞれの比率で按分し、医療保険からは「高額介護合算療養費」、介護保険からは「高額医療合算介護サービス費」として支給します。

(2) 利用者負担の上限額(年額)

【国民健康保険に加入している70歳未満の方】

所得区分	基準所得額	限度額
上位所得者	901 万円超の方	212 万円
	600 万円超 901 万円以下の方	141 万円
一般	210 万円超 600 万円以下の方	67 万円
	210 万円以下の方	60 万円
市町村民税非課税世帯		34 万円

【国民健康保険に加入している70～74歳の方・後期高齢者医療制度に加入している方】

所得区分	基準所得額	限度額
現役並み所得Ⅲ	住民税の課税所得 690 万円以上の方	212 万円
現役並み所得Ⅱ	住民税の課税所得 380 万円以上 690 万円未満の方及びその方と同じ世帯の方	141 万円
現役並み所得Ⅰ	住民税の課税所得 145 万円以上 380 万円未満の方及びその方と同じ世帯の方	67 万円
一般	現役並み所得Ⅰ～Ⅲ、低所得者Ⅰ、Ⅱのいずれにもあてはまらない方	56 万円
低所得者Ⅱ	市町村民税非課税世帯の方	31 万円
低所得者Ⅰ	市町村民税非課税世帯で、かつ各種収入等から必要経費・控除を差し引いた所得が 0 円で、公的年金収入が 82 万 6,500 円以下の方	19 万円

※基準所得額＝総所得金額(収入総額－必要経費－給与所得控除－公的年金控除等)－基礎控除

※所得区分及び限度額について、詳しくは加入している医療保険の窓口にお問い合わせください。

(3) 申請方法等

◇ 加入している医療保険の窓口で申請してください。

※国民健康保険又は後期高齢者医療制度に加入している方は、藤沢市保険年金課が窓口となります。

3. 食費・居住費の軽減制度(介護保険負担限度額認定)

(1)制度の概要

介護保険施設のサービスを利用する際、「食費」や「居住費(滞在費)」は、施設と利用者との契約によって決まりますが、所得・資産等について一定の要件に該当する方は、利用者負担が軽減される制度があります。

軽減を受けるには「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。

(2)対象となるサービス

※有料老人ホーム、グループホーム、通所介護(デイサービス)等は対象外です。

- ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム)
- ・(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)
- ・(介護予防)短期入所療養介護(ショートステイ)

(3)申請要件

次の表の、「所得要件」と「資産要件」の両方を満たしている必要があります。

段階	所得要件	資産要件(預貯金等の額)	
		65 歳以上の方	64 歳以下の方
		単身の場合 (夫婦の場合)	単身の場合 (夫婦の場合)
第 1 段階	生活保護の受給者等	資産要件なし	
	世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、老齢福祉年金の受給者	1,000 万円以下 (2,000 万円以下)	1,000 万円以下 (2,000 万円以下)
第 2 段階	世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の公的年金等収入額 + 非課税年金収入額 + その他の合計所得金額 ^{※2} が、82 万 6,500 円以下	650 万円以下 (1,650 万円以下)	
第 3 段階 ①	世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の公的年金等収入額 + 非課税年金収入額 + その他の合計所得金額 ^{※2} が、82 万 6,500 円超 120 万円以下	550 万円以下 (1,550 万円以下)	
第 3 段階 ②	世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の公的年金等収入額 + 非課税年金収入額 + その他の合計所得金額 ^{※2} が、120 万円超	500 万円以下 (1,500 万円以下)	

※1 世帯:本人が属する住民基本台帳上の世帯(ただし別世帯の配偶者がいる場合その配偶者も含みます)

※2 その他の合計所得金額:地方税法上に規定される合計所得金額から公的年金等に係る雑所得と租税特別措置法に規定される譲渡所得にかかる特別控除額を控除した金額です。

※3 預貯金等の対象となるもの:預貯金、投資信託、有価証券、その他現金など。

(4)利用者負担段階に応じた自己負担額(月額)

段階	居住費(滞在費)							食費	
	ユニット型 個室	ユニット型 個室の多床室	従来型個室		多床室			施設 サービス (入所)	短期入所 サービス (ショートステイ)
			特養等 (短期入所含む)	老健・ 医療院等	特養等	老健・医療院等※			
						室料を徴収 する場合	室料を徴収 しない場合		
第1段階	880 円	550 円	380 円	550 円	0 円			300 円	300 円
第2段階	880 円	550 円	480 円	550 円	430 円			390 円	600 円
第3 段階①	1,370 円	1,370 円	880 円	1,370 円	430 円			680 円	1,030 円
第3 段階②	1,470 円	1,470 円	980 円	1,470 円	530 円	530 円	430 円	1,420 円	1,360 円

(5)申請方法等

- ◇ 申請書及び必要書類を藤沢市に提出してください。
- ◇ 要件に該当する方には、結果通知とともに「介護保険負担限度額認定証」を送付しますので、必ず利用する施設に提示してください。
- ◇ 要介護認定申請中の方は、要介護認定の結果が決定してから通知します。また、他市町村に所得情報等の照会が必要な方については、通知までに日数がかかる場合があります。
- ◇ 有効期間は、原則、申請日の属する月の1日から7月31日までです。(有効期間終了後も認定を希望される場合は、更新申請が必要です。)
- ◇ 住所異動により、保険者が他市町村から藤沢市に変更となった場合には、改めて申請が必要です。
- ◇ 紛失・破損等で「介護保険負担限度額認定証」の再交付をご希望の場合は、介護保険被保険者証等再交付申請書のご提出が必要です。

(6)必要書類

- ① 介護保険負担限度額認定申請書
- ② 本人の「預貯金等の額」が確認できる書類の写し(すべての口座等)
- ③ 配偶者の「預貯金等の額」が確認できる書類の写し(すべての口座等)
- ④ 成年後見人等が申請する場合は、登記事項証明書等の写し

※ 次ページの「預貯金の額」が確認できる書類一覧をご確認ください。

※ マイナンバーが分からない場合は、未記入でご提出ください。

※ 生活保護を受給している方は、預貯金等の確認できる書類の写しの提出は不要です。

<預貯金等が確認できる書類一覧> ※生活保護受給者は、添付不要です。

区 分	必要な書類
預貯金(普通・定期・積立定期・貯蓄など)	・通帳の写し ※「金融機関名」「口座番号」「口座名義人」の分かるページ ※「直近2か月程度の履歴」を確認できるページ全て ※年金を受給している方は「年金の振込履歴」を確認できるページ ※「最終残高」を確認できるページ ※インターネットバンクの場合は、上記の箇所を確認できるページを印刷し、添付してください。
出資金(農業協同組合、信用金庫など)	・出資証券・残高通知・残高証明の写し等(ウェブサイトの写しも可)
有価証券(株式・国債・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が容易に把握できる貴金属	・購入先の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
その他(現金・負債等)	・現金は自己申告、負債は借用書等の写し

■■ 通帳のコピーのしかた ■■

〇〇〇銀行 △△支店

おなまえ □□ □□

店番号 口座番号

012 普通 3456789

年月日	お取引内容	お預り金額	お支払金額	残高
XX-X-X	*****	200,000		1,200,000
XX-X-X	*****		100,000	1,100,000
XX-X-X	※※年金	100,000		1,200,000
XX-X-X	*****		50,000	1,250,000
XX-X-X	*****		100,000	1,300,000

定期預金(担保)明細

番号	年月日	金額	満期日	利率
1	XX-X-X	1,000,000	XX-X-X	0.04%
			残高	1,000,000
2	XX-X-X	3,000,000	XX-X-X	0.04%
			残高	3,000,000

① 「銀行名」「支店」「口座番号」「口座名義人」「口座番号」が分かるページが必要です。
※通常、通帳等の見開き部分となります。

② 通帳を最新の情報に記帳して、「直近2か月程度の取引内容の履歴全て」と「最終残高」の分かるページをコピーしてください。

③ 年金を受給されている方は、直近の「年金振込履歴」が確認できるページが必要です。

④ 定期預金の口座をお持ちの場合、残高が「0円」であってもその部分のコピーが必要です。
※「総合口座」の場合は、必ず必要です。

(7)受付窓口及び受付時間

◇ 介護保険課

平日 8時30分から17時00分まで

◇ 各市民センター(石川分館を含む)の地区福祉窓口

平日 8時30分から12時00分まで

13時00分から17時00分まで

※郵送で提出する場合には、次の宛先に送付してください。

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1

藤沢市役所 介護保険課 総務・給付担当

<個人番号(マイナンバー)記入に係る注意点>

介護保険負担限度額認定証の申請には、原則としてマイナンバー(個人番号)の記入が必要です。申請の際には、次の本人確認書類等が必要となります。

※マイナンバー(個人番号)が分からない場合は、未記入でご提出ください。

その場合、添付は不要です。

1 被保険者本人が窓口で提出する場合・郵送で提出する場合

- ・ マイナンバー(個人番号)が確認できる書類(マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票)
- ・ 本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)

2 被保険者本人以外(代理人)が窓口で提出する場合

- ・ 被保険者のマイナンバー(個人番号)が確認できる書類(マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票)
- ・ 代理人の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)
- ・ 代理権の確認ができる書類

【法定代理人】

登記事項証明書 など

【任意代理人】

委任状(任意書式)、官公署等から本人に対し、発行・発給された書類の原本(本人の介護保険被保険者証、負担割合証 など)

藤沢市介護保険負担限度額認定申請書

【1. 申請区分】

該当するものに☑をしてください。

次のとおり

介護保険負担限度額認定の申請をします

1. 申請区分

☐ 新規 ☒ 更新 ☐ 再申請

【2. 代理人が申請する場合】

被保険者本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。

※成年後見人等が申請する場合は登記事項証明書等の添付してください。

2. 代理人が申請する場合 ※被保険者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。

代理人氏名	介護 花子	被保険者との関係	☒ 親族(続柄: 妻) ☐ 成年後見人等(登記事項証明書等添付) ☐ その他
代理人住所	〒251-8601 藤沢市朝日町1-1	電話番号	0466-25-1111

【3. 被保険者に関する事項】

被保険者本人の情報を記入してください。

3. 被保険者に関する事項

被保険者番号	0000012345	個人番号	
氏名	フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎		明治・大正・昭和
住所	〒251-0036 藤沢市江の島100		
入所(院)中の介護保険施設	種別 ☒ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 地域密着型特別養護老人ホーム ※上記以外の施設及びショートステイは記入不要です。 施設名 特別養護老人ホーム 江の島	入所(院)年月日	R2年12月1日

【個人番号】欄

マイナンバーが分からない場合には、空欄のまま提出してください。

4. 配偶者に関する事項 ※配偶者には、別世帯・内縁関係の方も含まれます。

配偶者の有無	☐ 配偶者なし ☒ 配偶者あり(下の欄に記入してください。)		
被保険者番号	0000056789	個人番号	
氏名	フリガナ カイゴ ハナコ 介護 花子		
住所	☐ 被保険者と同じ 藤沢市朝日町1-1		

【4. 配偶者に関する事項】

配偶者の情報を記入してください。
※施設入所等により、別住所となっている配偶者や内縁の方も含まれます。

5. 収入等に関する申告

生活保護の受給	☐ 受給中 ☒ 受給なし	【5. 収入等に関する申告】 該当する欄に☑をしてください。 ※非課税年金の受給状況については、前年中(申請月が1月から7月の場合は前々年中)の受給状況を記入してください。
世帯課税状況	☐ 非課税 ☒ 課税	
配偶者の課税状況	☒ 非課税 ☐ 課税	
本人の非課税年金の受給	☒ 受給なし ☐ 遺族年金受給(寡婦年金・かん夫年金・ ☐ 障害年金受給	
年金保険者への届出住所	☒ 現住所と同じ ☐ その他	

要介護認定	年 月 日 ~ 年 月 日	所得段階	1号	2号
生保・老福	生保受給・老福受給・受給なし		単身	夫婦
世帯課税状況	非課税・課税	☐ 第1段階	1,000万円以下	2,000万円以下
配偶者課税状況	非課税・課税	☐ 第2段階	650万円以下	1,650万円以下
給付世帯所得	円	☐ 第3段階①	550万円以下	1,550万円以下
非課税年金収入	円(遺族・障害)	☐ 第3段階②	500万円以下	1,500万円以下
収入額合計	円	☐ 第4段階(非該当)	-	-
判定結果	該当・非該当(所得・資産)	有効期間	年 月 日 ~	年 7月31日

6. 資産状況に関する申告 ※生活保護を受給している方は記入不要です。

- ・本人と配偶者（※別世帯・内縁関係の方も含む。）の資産の額を記入してください。
- ・預貯金通帳等、資産の額が確認できる書類の写しをこの申請書に添付してください（下表参照）。

(1) 預貯金等			
金融機関名	支店名	名 義	残 高
〇〇銀行	〇〇支店	本人・配偶者	2,000,000 円
△△農業協同組合	△△支店	本人・配偶者	1,800,000 円
		本人・配偶者	円
		本人・配偶者	円
		本人・配偶者	円
		現金	200,000 円
		負債（マイナスで記載）	円

(2) 出資金・有価証券・投資信託等			
金融機関名	支店名	名 義	金額(概算評価額)
△△農業協同組合	△△支店	本人・配偶者	200,000 円
		本人・配偶者	円

資産額合計	4,200,000 円
-------	-------------

【提出が必要な書類】※生活保護を受給している方は、添付不要です。

区 分	
預貯金 (普通・定期・積立定期・貯蓄など)	・通帳の写し(複数の口座を複数枚提出可) ・「金融機関名」「口座番号」 ・「直近2か月程度の履歴」 ※年金を受給している方は「最終残高」を確認できる ・インターネットバンクは、
出資金(農業協同組合、信用金庫など)	・出資証券・残高通知・残高証明の写し等(ウェブサイトの写しも可)
有価証券(株式・国債・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が容易に把握できる貴金属	・購入先の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
その他(現金・負債等)	・現金は自己申告、負債は借用書等の写し。

※対象外の資産：生命保険、自動車、貴金属(時価の把握が困難なもの)、絵画、骨董品、ゴルフ会員権など。

7. 個人情報の取扱いに関する同意欄

- ・この申請に係る資格要件等を確認するために必要があるとき、課税情報及びその他必要な情報を市長が利用することに同意します。
- ・介護保険負担限度額認定に必要があるときは、官公署、年金事務所(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係を含む)の預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めます。
- ・市長からの報告要求に対し、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ることに同意します。

【7. 個人情報の取扱いに関する同意欄】

課税状況等を確認するために同意が必要です。同意がない場合は、認定ができませんので、必ず本人・配偶者の記名をしてください。

被保険者氏名： 介護 太郎
配偶者氏名： 介護 花子

【注意事項】

- ・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可能性があります。
- ・負担限度額の認定を受けた後に、世帯状況や資産の額に変動があり、認定の基準を満たさなくなった場合等には、異動のあった日に遡って対象外となり、支給された額を返還していただくことがあります。

市 確 認 欄	個人番号確認	備考	受付	入力	確認	交付
	【番 号】個力・通力・住民票 【本人確認】個力・免・身・住B・その他()					

<よくある質問>

Q1. 現在、軽減対象となるサービスを利用していませんが、申請が必要ですか。

A1. 該当するサービスを利用していない場合は、申請は必要ありません。必要になったときに申請してください。

Q2. 申請書は、必ず本人が記入しなければなりませんか。

A2. 本人が記入できない場合は、親族等の代理人が記入しても構いません。その場合、申請書の「2.代理人が申請する場合」欄に必要事項の記入をお願いします。ただし、裏面の個人情報の取扱いに関する同意欄には必ず本人・配偶者の氏名を記入してください。

Q3. マイナンバーが分からないときはどうしたらいいですか。

A3. マイナンバーの確認ができない場合は、未記入で提出してください。

Q4. 現在入出金がないため、通帳の最終記帳が2か月以上前の日付の場合はどうしたらいいですか。

A4. 通帳の最終記帳日以降に入出金がない場合、通帳の写しにその旨を記入して提出してください。

Q5. 通帳を紛失してしまい、写しの提出ができない場合はどうしたらよいですか。

A5. 取引銀行に相談し、通帳の再発行または取引明細書の発行を受けてください。通帳の写しまたは取引明細書を提出できない特別な事情がある場合は、銀行名・支店名・口座番号・名義人が確認できるキャッシュカードの写しとATMで発行される口座残高が記載された「ご利用明細」の写しの両方を提出してください。

Q6. 夫婦ともに申請する場合、通帳の写しは1部ずつでいいですか。

A6. 1つの申請書につきそれぞれ本人と配偶者の通帳の写しが必要となるため、夫婦ともに申請する場合には、それぞれの申請に対して、夫婦2人分の通帳の写し等を添付してください。

Q7. 市町村民税の課税状況や収入額が分からない場合は電話などで教えてもらえますか。

A7. 市町村民税の課税状況や収入額に関して、回答することはできません。要件に該当するかどうか不明な場合は、申請書を提出してください。該当・非該当の結果は、文書で通知いたします。

4. 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置

(1) 制度の概要

市町村民税課税世帯の方は、介護保険負担限度額認定が非該当(利用者負担段階第4段階)となります。しかし、世帯員が介護保険施設等に入所し、入所に係る食費・居住費を負担した結果、居宅に残された方の生活が困難となる場合には、特例として、食費及び居住費のどちらか一方又はその両方を減額する「特例減額措置」があります。

(2) 対象となるサービス ※ショートステイの利用は対象外です。

- ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム)

(3) 特例減額措置の内容

「(4)対象となる方」の要件③に該当しなくなるまで、食費若しくは居住費、又はその両方について、「第3段階②」の負担限度額を適用します。

(4) 対象となる方 ※次の要件を全て満たす方

- ① 2人以上の世帯であること。
 ※配偶者については、同一世帯でなくても構成員として数えます。
 ※施設入所により世帯が分かれた場合は、入所前の世帯の構成員とみなします。
 ※世帯員に関する年齢要件はありません。
- ② 施設に入所し、利用者負担第4段階の食費・居住費の負担をしていること。
- ③ 本人・配偶者及び分離する前の世帯全員の年間収入(*1)から、施設利用に係る利用者負担見込み額(*2)を除いた額が82万6,500円以下であること。
- ④ 本人・配偶者及び分離する前の世帯全員の現金、預貯金等(有価証券・債券等も含む。)の合計額が450万円以下であること。
- ⑤ 本人・配偶者及び分離する前の世帯全員が、居住用家屋、その他日常生活のために必要な資産以外に活用できる資産がないこと。
- ⑥ 本人・配偶者及び分離する前の世帯全員が、介護保険料を滞納していないこと。
 (時効到来分については、給付制限期間終了まで滞納として扱います。)

(*1)年間収入(前年の収入額(1～7月に申請する場合は、前々年の収入額))
 =【公的年金等の収入金額(社会保険料等控除前の金額)】
 +【年金以外の合計所得金額】－【長期又は短期譲渡所得の特別控除額】

(*2)施設の利用者負担の見込み額(年間)
 =【施設サービス費の自己負担分(高額介護サービス費の支給が見込まれる場合は高額介護サービス費の世帯上限額)】+【食費】+【居住費】

(5)申請方法等

- ◇ 申請書及び必要書類を藤沢市に提出してください。
- ◇ 要件に該当する方には、認定結果通知書とともに「介護保険負担限度額認定証」を送付しますので、利用施設に提示してください。
- ◇ 有効期間は、申請日の属する月の1日から7月31日まで又は施設から退所するまでです。(有効期間終了後も引き続き認定が必要な場合は、再度申請が必要です。)

(6)必要書類

- ① 介護保険負担限度額認定申請書
- ② 収入・資産等に係る申告書兼同意書
- ③ 収入を証明する書類(源泉徴収票・年金支払額通知書・確定申告書の写し等)
- ④ 預貯金等が確認できる通帳の写し(世帯全員分)
※通帳は、金融機関名・口座番号・口座名義人の分かる部分と直近2か月分の履歴及び最終残高の確認できる部分の写しが必要です。
- ⑤ 施設利用に係る利用者負担額が確認できる書類の写し(契約書・領収書等)

(7)受付窓口及び受付時間

- ◇ 介護保険課
平日 8時30分から12時00分まで
13時00分から17時00分まで
※市民センターの地区福祉窓口では受付していません。

藤沢市介護保険負担限度額認定申請書

【1. 申請区分】
「課税世帯の特例減額」に ☒ をしてください。

【2. 代理人が申請する場合】
被保険者本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。※成年後見人等が申請する場合は登記事項証明書等の添付してください。

次のとおり、介護保険負担限度額認定の申請を行います。

1. 申請区分	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 再申請（所得更正等） ☒ 課税世帯の特例減額
---------	---

2. 代理人が申請する場合 ※被保険者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。

代理人氏名	介護 花子	被保険者との関係	☒ 親族（続柄： 妻 ） ☐ 成年後見人等（登記事項証明書等添付） ☐ その他（ ）
代理人住所	〒 251-8601 藤沢市朝日町 1 - 1	電話番号	0466-25-1111

【3. 被保険者に関する事項】
被保険者本人の情報を記入してください。

3. 被保険者に関する事項	
被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 個人番号
氏 名	フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎
住 所	〒 251-0036 藤沢市江の島 100
入所(院)中の介護保険施設	種 別 ☒ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 地域密着型特別養護老人ホーム ※上記以外の施設及びショートステイは記入不要です。
施設名	特別養護老人ホーム 江の島
入所(院)年月日	R2 年 12 月 1 日

【個人番号】欄
マイナンバーが分からない場合には、空欄のまま提出してください。

4. 配偶者に関する事項 ※配偶者には、別世帯・内縁関係の方も含まれます。

配偶者の有無	☐ 配偶者なし ☒ 配偶者あり（下の欄に記入してください。）
被保険者番号	0 0 0 0 0 5 6 7 8 9 個人番号
氏 名	フリガナ カイゴ ハナコ 介護 花子
住 所	☐ 被保険者と同じ 藤沢市朝日町 1 - 1

【4. 配偶者に関する事項】
配偶者の情報を記入してください。
※施設入所等により、別住所となっている配偶者や内縁の方も含まれます。

5. 収入等に関する申告

生活保護の受給	☐ 受給中 ☒ 受給なし
世帯課税状況	☐ 非課税 ☒ 課税
配偶者の課税状況	☒ 非課税 ☐ 課税
本人の非課税年金の受給	☒ 受給なし ☐ 遺族年金受給（寡婦年金・かん夫年金・障害年金受給） 年金保険者への届出住所 ☒ 現住所と同じ ☐ その他（ ）

【5. 収入等に関する申告】
該当する欄に ☒ をしてください。
※非課税年金の受給状況については、前年中（申請月が1月から7月の場合は前々年中）の受給状況を記入してください。

要介護認定	年 月 日 ~ 年 月 日	所得段階	1号	2号
生保・老福	生保受給・老福受給・受給なし		単身	夫婦
世帯課税状況	非課税・課税	☐ 第1段階	1,000万円以下	2,000万円以下
配偶者課税状況	非課税・課税	☐ 第2段階	650万円以下	1,650万円以下
給付世帯所得	円	☐ 第3段階①	550万円以下	1,550万円以下
非課税年金収入	円（遺族・障害）	☐ 第3段階②	500万円以下	1,500万円以下
収入額合計	円	☐ 第4段階（非該当）	-	-
判定結果	該当・非該当（所得・資産）	有効期間	年 月 日 ~	年 7月31日

6. 資産状況に関する申告 ※生活保護を受給している方は記入不要です。

- ・本人と配偶者（※別世帯・内縁関係の方も含む。）の資産の額を記入してください。
- ・預貯金通帳等、資産の額が確認できる書類の写しをこの申請書に添付してください（下表参照）。

(1) 預貯金等			
金融機関名	支店名	名 義	残 高
〇〇銀行	〇〇支店	本人・配偶者	2,000,000 円
△△農業協同組合	△△支店	本人・配偶者	1,800,000 円
		本人・配偶者	円
		本人・配偶者	円
		本人・配偶者	円
		現 金	200,000 円
		負債（マイナスで記載）	円

(2) 出資金・有価証券・投資信託等			
金融機関名	支店名	名 義	金額(概算評価額)
△△農業協同組合	△△支店	本人・配偶者	200,000 円
		本人・配偶者	円

資産額合計	4,200,000 円
-------	-------------

【提出が必要な書類】※生活保護を受給している方は、添付不要です。

区 分	
預貯金 (普通・定期・積立定期・貯蓄など)	・通帳の写し（複数の口座ありの場合は、 ・「金融機関名」「口座番号」 ・「直近2か月程度の履歴」 ※年金を受給している方は、 ・「最終残高」を確認できる ・インターネットバンクは、 ・してください。
出資金(農業協同組合、信用金庫など)	・出資証券・残高通知・残高証明の写し等(ウェブサイトの写しも可)
有価証券(株式・国債・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 残高によって時価が容易に把握できる貴金属	・購入先の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
その他(現金・負債等)	・現金は自己申告、負債は借用書等の写し。

※対象外の資産：生命保険、自動車、貴金属(時価の把握が困難なもの)、絵画、骨董品、ゴルフ会員権など。

【6. 資産状況に関する申告】
本人・配偶者の所有するすべての資産
(預貯金等)の金額を記入してください。
※預貯金等の金額が確認できる書類(通
帳等の写し)の提出が必要です。

7. 個人情報の取扱いに関する同意欄

- ・この申請に係る資格要件等を確認するために必要があるとき、課税情報及びその他必要な情報を市長が利用することに同意します。
- ・介護保険負担限度額認定に必要があるときは、官公署、年金事務所等(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係を含む)の預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めます。
- ・市長からの報告要求に対し、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ることに同意します。

【7. 個人情報の取扱いに関する同意欄】
課税状況等を確認するために同意が必要
です。同意がない場合は、認定がで
きませんので、必ず本人・配偶者の記名をし
てください。

被保険者氏名： 介護 太郎
配偶者氏名： 介護 花子

【注意事項】

- ・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可能性があります。
- ・負担限度額の認定を受けた後に、世帯状況や資産の額に変動があり、認定の基準を満たさなくなった場合等には、異動のあった日に遡って対象外となり、支給された額を返還していただくことがあります。

市 確 認 欄	個人番号確認	備考	受付	入力	確認	交付
	【番 号】個力・通力・住民票 【本人確認】個力・免・身・住B・その他()					

収入・資産等に係る申告書兼同意書

次の申請について、私及び私と同一の世帯に属する者の収入及び現在の資産等の状況を次のとおり申告します。また、次の同意事項について、同意します。

1 手続き名

市町村民税課税世帯における食費・居住費の特例減額措置

2 被保険者及び同一の世帯に属する者の氏名等及び同意欄

世帯員氏名	生年月日	被保険者との続柄
藤沢 介護	明・大(昭)平・令 〇年 〇〇月〇〇日	本人
藤沢 給付	明・大(昭)平・令 △年 △△月△△日	妻
本人を含め、同一世帯の方全員の氏名等を記入してください。		

<同意事項>

- (1) この申請に係る資格要件を確認するため、市で保管する住民記録情報、市町村民税課税情報及びその他受給可否に必要な情報を市長が利用することに同意します。
- (2) 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。）に私及び私と同一の世帯に属する者の預貯金の残高及び預金取引明細、有価証券等の時価評価額並びにその他必要な情報について、報告を求めることに同意します。
- (3) 市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて同意している旨を銀行等に伝えることに同意します。

世帯全員の、1年間(令和7年1月～12月)の収入の種類・金額を記入してください。

3 世帯全員の年間収入

※令和〇年1月～12月の年間収入額を記入してください。

※生活保護受給中の方は記入不要です。

氏 名	収入の種類・金額
藤沢 介護	☒ 公的年金収入 (123,456) 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
藤沢 給付	☒ 公的年金収入 (987,654) 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
	☐ 公的年金収入 () 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
世帯全員分の合計額	1,111,110 円

裏面にもご記入ください。

4 世帯全員の預貯金等の金額（※生活保護受給中の方は記入不要です。）

（１）預貯金

金融機関名	口座番号	口座名義人	口座残高
〇〇銀行	1234567	フジサワ カイゴ	1,000,000 円
△△信用金庫	9876543	フジサワ キュウフ	2,000,000 円
世帯全員の、保有する預貯金等の金融機関名・口座番号・口座残高（最新の残高に記帳してください。）を記入してください。			
世帯全員分の合計額			3,000,000 円

（２）現金・有価証券など

有価証券等	有価証券などの	所有者	金額
現金	世帯全員分の合計額		円

（３）負債

内 容	債務者	債務残高
世帯全員分の合計額		円

5 世帯の預貯金・現金等以外の資産の保有状況（該当するものに☑）

土地（※居住用家屋及び日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし
建物（※居住用家屋及び日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし
その他の資産（※日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし

<注意事項>

- ・ 同一種類の資産等
- ・ 評価概算額は、現
- ・ 書ききれない場合は、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。
- ・ 不実の申告をして

6 被保険者の扶養状況

- ☒ 負担能力のある親族に扶養されていない。
- ☒ 所得税法上の扶養親族となっていない（所得控除を受けていない。）。
- ☒ 健康保険法上の被扶養者となっていない。

5. 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度

(1) 制度の概要

社会福祉法人等が運営主体となり提供しているサービスについて、社会福祉法人等の社会的役割をもって利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図る制度です。軽減を受けるためには申請が必要です。

(2) 対象となるサービス ※軽減実施申出を行った社会福祉法人等の提供する次のサービスに限ります。

施設サービス	・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
居宅サービス等	・訪問介護(ホームヘルプ) ・通所介護(デイサービス) ・短期入所生活介護(ショートステイ)(※介護予防含む)
地域密着型サービス	・認知症対応型通所介護(※介護予防含む) ・小規模多機能型居宅介護(※介護予防含む) ・地域密着型通所介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム)
第1号事業	・介護予防訪問型サービス ・訪問型サービスA(指定型のみ) ・介護予防通所型サービス

(3) 対象となる方

「生活保護受給者」又は「世帯全員が市町村民税非課税」であり次の①～③の要件を全て満たす方。

① 収入要件・・・世帯全員の前年の年間収入が次の金額以下であること。

(1月から7月に申請の場合は、前々年の年間収入になります。)

世帯状況	世帯全員の収入金額の合計
単身世帯	150 万円以下
2 人世帯	200 万円以下
3 人世帯	250 万円以下
4 人以上世帯	250 万円に、3 人を超える世帯員 1 人につき 50 万円を加算した額以下

② 資産要件・・・以下の要件を満たしていること。

世帯状況	世帯全員の預貯金の額等	その他の資産
単身世帯	350 万円以下	世帯全員が日常生活に供する資産のほかに活用できる資産がないこと。
2 人世帯	450 万円以下	
3 人世帯	550 万円以下	
4 人以上の世帯	550 万円に 3 人を超える世帯員 1 人につき 100 万円を加えた額以下	

③ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

(税法上及び健康保険上の被扶養者となっていないこと。)

④ 介護保険料を滞納していないこと。

(時効到来分については、給付制限期間終了まで滞納として扱います。)

(4)対象となる費用・軽減割合

対象となる費用	対象サービス(*介護予防含む)	軽減割合
利用者負担額 (サービス費用の 1割相当分)	・全サービス	利用者負担額の1/4 (老齢福祉年金受給者は 1/2) ※食費と居住費は、介護 保険負担限度額認定を 受けていることが軽減 の要件です。 ※生活保護受給者は個室 の居住費のみ全額免除 となります。
食費	・通所介護(デイサービス) ・認知症対応型通所介護(*) ・地域密着型通所介護 ・介護予防通所型サービス	
食費と居住費	・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム)	
食費と滞在費	・短期入所生活介護(ショートステイ)(*)	
食費と宿泊費	・小規模多機能型居宅介護(*) ・看護小規模多機能型居宅介護	

(5)申請方法等

- ◇ 申請書及び必要書類を藤沢市介護保険課に提出してください。
- ◇ 有効期間は、原則、申請日の属する月の1日から7月31日までです。(有効期間終了後も認定を希望される場合は、再度申請が必要です。)
- ◇ 要件に該当する方には、確認結果通知書とともに「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証」を送付しますので、必ず利用する事業所に提示してください。
- ◇ 申請書類に不備があった場合、追加書類の提出などをお願いしますので、結果通知まで日数を要する場合があります。

(6)必要書類

別紙「社会福祉法人等による利用者負担額軽減申請に必要なもの」のとおり

(7)受付窓口及び受付時間

- ◇ 介護保険課
 平日 8時30分から12時00分まで
 13時00分から17時00分まで
 ※市民センターの地区福祉窓口では受付していません。

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申請に必要なもの

標記軽減を受けるためには、介護保険課に、次の書類を提出し、「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証」の交付を受けてください。

- (1) 社会福祉法人等による利用者負担額軽減確認申請書
- (2) 収入・資産等に係る申告書兼同意書
- (3) 本人の健康保険証の写し(75歳以上の場合は、不要)
- (4) 収入及び資産等を証する書類(次の表に掲げる書類すべて)

提出書類	
① 課税状況が分かる書類(世帯全員分) ※令和8年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方は不要です。 ※生活保護受給者も不要です。	
☐ 課税証明書(令和8年度分)	
② 収入を証する書類(世帯全員分の次の書類の写し) ※収入金額には、非課税年金(遺族年金・障害年金・老齢福祉年金等)や年金生活者支援給付金、雇用保険、親族からの仕送り等、あらゆる収入を含みます。	
・年金収入のある方	☐ 「令和7年分公的年金の源泉徴収票」、「年金改定通知書」、「年金振込通知書」など (令和7年1月～12月收入分) ☐ 「年金生活者支援給付金振込通知書」(該当者のみ)
・給与収入のある方	☐ 「令和7年分給与所得の源泉徴収票」、「給与明細書」など (令和7年1月～12月收入分)
・その他の収入のある方	☐ 「令和7年分確定申告書(控え)」など
③ 預貯金等を証する書類(世帯全員分の次の書類の写し)	
☐ 預金通帳等の写し (口座番号・口座名義人が記載されているページと令和7年1月1日から申請日時点までの履歴すべて) ※最新の記帳を済ませてください。 ☐ 株式や有価証券をお持ちの場合、金額(概算評価額)が確認できる書類	
④ 資産を証する書類(世帯全員分) ※令和8年1月1日現在藤沢市に資産を有していた方は不要です。 ※生活保護受給者も不要です。	
・固定資産のある方	☐ 固定資産税納税通知書(令和8年度分)又は名寄帳
・固定資産のない方	☐ 無資産証明

※必要に応じて、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

法 人 名		事 業 所 名	事業所所在地	対象となるサービス（※）は介護予防サービスを含みます。												
				特別養護 老人ホーム	訪問介護	通所介護	短期入所 （※）	夜間対応 型訪問介 護	定期巡回 随時対応 型訪問介 護看護	認知症対 応型通所 介護（※）	小規模多 機能型居 宅介護 （※）	地域密着 型特別養 護老人 ホーム	地域密着 型通所介 護	介護予防 訪問型 サービス	訪問型 サービスA	介護予防 通所型 サービス
1	喜寿福祉会	グリーンライフ湘南	藤沢市	○		○	○									○
		デイサービスセンター グリーンライフ湘南台				○									○	
		グリーンケア善行			○							○	○		○	
		特別養護老人ホーム 村岡ホーム		○												
		村岡ケアステーション				○	○								○	
		片瀬しおさい荘				○									○	
2	上村鵠生会	特別養護老人ホーム 鵠生園	藤沢市	○												
		鵠生園ホームヘルプサービス			○								○			
		鵠生園デイサービスセンター				○									○	
		鵠生園デイサービスさんぽ						○								
		鵠生園短期入所サービス					○									
		湘南なぎさ荘				○									○	
		特別養護老人ホーム 関野記念鵠生園		○												
		関野記念鵠生園短期入所サービス					○									
3	睦愛会	特別養護老人ホーム 睦愛園	藤沢市	○			○									
4	一石会	特別養護老人ホーム 白鷺苑	藤沢市	○			○									
		こぶし荘デイサービスセンター				○									○	
5	竹生会	芭蕉苑 介護老人福祉施設	藤沢市	○		○	○									○
		こまよせ荘				○									○	
6	共生会	介護老人福祉施設 藤沢特別養護老人ホーム	藤沢市	○												
		共生会居宅サービスセンター				○	○								○	
7	いきいき福祉会	特別養護老人ホーム ラポール藤沢	藤沢市	○												
		特別養護老人ホームラポール藤沢 サテライト城南									○					
		訪問介護 ラポール城南			○								○			
		地域介護サービスセンターラポール藤沢				○									○	
		夜間対応型訪問介護 ラポール城南						○								
		地域介護サービスセンターラポール城南					○									
		ショートステイ ラポール藤沢					○									
		定期巡回随時対応型訪問介護看護ラポール城南							○							
		デイサービス ラポール西寺尾	横浜市			○										
		地域介護サービスセンターラポール平塚	平塚市		○											
8	八寿会	特別養護老人ホーム みどりの園	藤沢市	○		○	○									○
		地域密着型小規模特別養護老人ホームみどりの園 鵠沼									○					
		みどりの園鵠沼 短期入所生活介護					○									
		デイサービスカラフル				○								○		
				みどりの園鎌倉	鎌倉市		○							○		
9	永寿会	特別養護老人ホーム かりん	藤沢市	○												
		デイサービスセンターかりん				○									○	
		老人短期入所施設 かりん					○									
10	聖隷福祉事業団	藤沢愛光園	藤沢市	○			○									
		聖隷デイサービスセンター藤沢				○									○	
		聖隷ヘルパーステーション藤沢			○								○	○		
11	富士白苑	藤沢富士白苑	藤沢市	○			○									
		藤沢富士白苑居宅介護支援センター				○									○	
12	藤心会	結いの丘	藤沢市	○												
13	藤沢市社会福祉協議会	在宅福祉サービスセンター	藤沢市		○									○	○	

法 人 名	事 業 所 名	事業所所在地	対象となるサービス（※）は介護予防サービスを含みます。												
			特別養護 老人ホーム	訪問介護	通所介護	短期入所 （※）	夜間対応 型訪問介 護	定期巡回 随時対応 型訪問介 護看護	認知症対 応型通所 介護（※）	小規模多 機能型居 宅介護 （※）	地域密着 型特別養 護老人 ホーム	地域密着 型通所介 護	介護予防 訪問型 サービス	訪問型 サービスA	介護予防 通所型 サービス
14	中心会	中心荘第一老人ホーム	○												
		中心荘第二老人ホーム	○			○									
		えびな南高齢者施設	○		○	○									
		えびな北高齢者施設	○	○	○	○									
15	湯河原福祉会	心花春(旧 湯河原老人ホーム)	○												
16	ラファエル会	銀の館	○												
		銀の館 居宅介護センター			○	○									
17	そうあい	なごみの郷	○												
18	横浜慶心会	特別養護老人ホーム ウェルフェアリビング	○			○									
19	寿	特別養護老人ホーム グリーンヒル泉・横浜	○												
		ケアセンター グリーンヒル泉・横浜				○									
20	泉正会	特別養護老人ホーム 泉正園	○												
21	怡土福祉会	介護老人福祉施設くぬぎ台	○												
		介護老人福祉施設 池辺	○												
22	敬寿会	特別養護老人ホーム 横浜敬寿園	○												
		ショートステイ 横浜敬寿園				○									
23	慶寿会	特別養護老人ホーム カトレアホーム	○			○									
		松林ケアセンター		○											
		平和町介護サービスセンター		○											
24	麗寿会	社会福祉法人 麗寿会 ふれあいの森				○									
25	神奈川県匡済会	特別養護老人ホーム 白寿荘	○												

書き方見本

第2号様式（第6条関係）

該当する区分に☑してください。

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書 ☒ 新規 ☐ 更新

令和〇年 8月 1日

藤 沢 市 長

社会福祉法人等に
します。また、私及び
す。

すでに「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証」の交付を受けている方は、確認番号を記入してください。※不明の場合は空欄のままご提出ください。

被保険者番号		0 0 0 0 0 1 2 3 5 5	確認番号	111
被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	フリガナ	フジサワ カイゴ		生年月日
	氏 名	藤 沢 介 護		
	住 所	〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1		
		電話番号 0466-25-1111		
窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合）				
氏名		藤沢 給付		電話番号 0466-50-8270
住所				本人との続柄
藤沢市朝日町1番地の1				妻

来庁者が被保険者本人以外の場合は、記入してください。

【市処理欄】

「市処理欄」以下は、記入不要です。

収入・資産等に係る申告書兼同意書

次の申請について、私及び私と同一の世帯に属する者の収入及び現在の資産状等の状況を次のとおり申告します。また、次の同意事項について、同意します。

1 手続き名

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請

2 被保険者及び同一の世帯に属する者の氏名等及び同意欄

世帯員氏名	生年月日	被保険者との続柄
藤沢 介護	明・大(昭)平・令 〇年 〇〇月〇〇日	本人
藤沢 給付	明・大(昭)平・令 △年 △△月△△日	妻

本人を含め、同一世帯の方全員の氏名等を記入してください。

<同意事項>

- (1) この申請に係る資格要件を確認するため、市で保管する住民記録情報、市町村民税課税情報及びその他受給可否に必要な情報を市長が利用することに同意します。
- (2) 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。）に私及び私と同一の世帯に属する者の預貯金の残高及び預金取引明細、有価証券等の時価評価額並びにその他必要な情報について、報告を求めることに同意します。
- (3) 市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて同意している旨を銀行等に伝えることに同意します。

3 世帯全員

※前年（）

※生活保護受給者の方

世帯全員の、1年間(令和7年1月～12月)の収入の種類・金額を記入してください。

氏 名	収入の種類・金額
藤沢 介護	☒ 公的年金収入 (123,456) 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
藤沢 給付	☒ 公的年金収入 (987,654) 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
	☐ 公的年金収入 () 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
	☐ 公的年金収入 () 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
世帯全員分の合計額	1,111,110 円

4 世帯全員の預貯金等の金額（※生活保護受給中の方は記入不要です。）

（１）預貯金

金融機関名	口座番号	口座名義人	口座残高
〇〇銀行	1234567	フジサワ カイゴ	1,000,000 円
△△信用金庫	9876543	フジサワ キュウフ	2,000,000 円
			円
世帯全員の、保有する預貯金等の金融機関名・口座番号・口座残高（最新の残高に記帳してください。）を記入してください。			
世帯全員分の合計額			3,000,000 円

（２）現金・有価証券など

有価証券等	有価証券などの種類	所有者	金額
	現金・有価証券（保有する場合のみ）の金額を記入してください。		
現金	世帯全員分の合計額		円

（３）負債

内 容	債務者	債務残高
負債がある場合には、資産から差し引きますので、記入してください。その場合、負債があることが確認できる書類（借用書等の写し）を添付してください。		
世帯全員分の合計額		円

5 世帯の預貯金・現金等以外の資産の保有状況（該当するものに☑）

土地（※居住用家屋及び日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし
建物（※居住用家屋及び日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし
その他の資産（※日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし

<注意事項>

- ・ 同一種類の資産
- ・ 評価概算額は、
- ・ 書ききれない場合
- ・ 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。

6 被保険者の扶養

- ☒ 負担能力の
- ☒ 所得税法上の扶養親族となっていない（所得控除を受けていない。）。
- ☒ 健康保険法上の被扶養者となっていない。

6. 藤沢市介護保険居宅サービス等自己負担額助成制度

(1) 制度の概要

介護保険サービスをご利用いただいたときは、サービス費のうち、所得に応じて1割から3割を利用者が負担することになっています。藤沢市では、利用者の経済的な負担を軽減するために利用者負担分の一部を助成する制度を実施しています。

(2) 対象となるサービス

施設サービス	・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ・介護老人保健施設(老健) ・介護医療院
居宅サービス等 ※介護予防含む。	・訪問介護(ホームヘルプ) ・訪問入浴介護(※) ・訪問看護(※) ・訪問リハビリテーション(※) ・居宅療養管理指導(※) ・通所介護(デイサービス) ・通所リハビリテーション(※) ・短期入所生活介護(ショートステイ)(※) ・短期入所療養介護(ショートステイ)(※) ・特定施設入居者生活介護(※) ・福祉用具貸与(※)
地域密着型サービス ※介護予防含む。	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護 ・認知症対応型通所介護(※) ・小規模多機能型居宅介護(※) ・認知症対応型共同生活介護(※) ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム) ・看護小規模多機能型居宅介護
第1号事業	・介護予防訪問型サービス ・訪問型サービスA(指定型のみ) ・介護予防通所型サービス

(3) 対象となる方 ※次の①～⑤の要件すべてに該当する方

① 所得要件…次のいずれにも該当する方

- ☐ 世帯全員が市町村民税非課税の方
- ☐ 生活保護を受給していない方
- ☐ 境界層措置の適用を受けていない方

② 収入要件…前年の年間収入が、次の表の金額以下であること。

(申請が1月～7月の場合は、前々年の年間収入になります。)

世帯状況	年間収入の額	備考
単身世帯	120 万円以下	ただし、賃貸住宅利用者については、左欄の額に実賃料の額(上限 70 万円)を加算した額
2人世帯	180 万円以下	ただし、賃貸住宅利用者については、左欄の額に実賃料の額(上限 90 万円)を加算した額
3人以上の世帯	240 万円以下	

③ 資産要件

世帯状況	世帯全員の預貯金の額等	その他の資産
単身世帯	100 万円以下	世帯全員が日常生活に供する資産のほかに活用できる資産がないこと。
2人世帯	150 万円以下	
3人世帯	200 万円以下	
4人以上の世帯	200 万円に 3 人を超える世帯員1人につき 50 万円を加えた額以下	

④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

(税法上及び健康保険上の被扶養者となっていないこと。)

⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

(時効到来分については、給付制限期間終了まで滞納として扱います。)

(4)助成額

- ◇ 同一の月に利用した対象となる介護保険サービスに係る利用者負担額の1/2の額(上限 5,000 円/月)を助成します。
- ◇ 算出した額が 100 円未満の場合は、助成されません。
- ◇ 「社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度」による軽減(以下「社福軽減」という。)を受けている場合には、算出した額から社福軽減額を控除した額が助成額となります。(社福軽減額が 5,000 円以上の場合、本制度による助成はされません。)

(5)申請方法等

- ◇ 申請書及び必要書類を藤沢市介護保険課に提出してください。
- ◇ 有効期間は、原則、申請日の属する月の1日から7月31日までです。(有効期間終了後も認定を希望される場合は、再度申請が必要です。)
- ◇ 要件に該当する方には、「介護保険居宅サービス等自己負担額助成決定通知書」をお送りします。
- ◇ 申請書類に不備があった場合、必要書類が整ってから確認を行うため、結果通知まで日数を要する場合があります。
- ◇ 助成金の振り込みが生じた場合は、申請書に記載された指定の口座に、原則、サービスを利用した月の翌々月下旬に振り込みます。毎月の手続きの必要はありません。

(6)必要書類

別紙「藤沢市介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請に必要なもの」のとおり

(7)受付窓口及び受付時間

◇ 介護保険課

平日 8時30分から12時00分まで

13時00分から17時00分まで

※市民センターの地区福祉窓口では受付していません。

藤沢市介護保険居宅サービス等自己負担額助成制度の申請に必要なもの

申請時、介護保険課に、次の書類を提出してください。

- (1) 介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書
- (2) 収入・資産等に係る申告書兼同意書
- (3) 本人の健康保険証の写し(75歳以上の場合は、不要)
- (4) 収入及び資産等を証する書類(次の表に掲げる書類すべて)

提出書類	
① 課税状況が分かる書類(世帯全員分)	
※令和8年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方は不要です。 ※生活保護受給者も不要です。	
☐ 課税証明書(令和8年度分)	
② 収入を証する書類(世帯全員分の次の書類の写し)	
※収入金額には、非課税年金(遺族年金・障害年金・老齢福祉年金等)や年金生活者支援給付金、雇用保険、親族からの仕送り等、あらゆる収入を含みます。	
・年金収入のある方	☐ 「令和7年分公的年金の源泉徴収票」、「年金改定通知書」、「年金振込通知書」など (令和7年1月～12月収入分) ☐ 「年金生活者支援給付金振込通知書」(該当者のみ)
・給与収入のある方	☐ 「令和7年分給与所得の源泉徴収票」、「給与明細書」など (令和7年1月～12月収入分)
・その他の収入のある方	☐ 「令和7年分確定申告書(控え)」など
③ 預貯金等を証する書類(世帯全員分の次の書類の写し)	
☐ 預金通帳等の写し (口座番号・口座名義人が記載されているページと令和7年1月1日から申請日時点までの履歴すべて) ※最新の記帳を済ませてください。	
☐ 株式や有価証券をお持ちの場合、金額(概算評価額)が確認できる書類	
④ 資産を証する書類(世帯全員分)	
※令和8年1月1日現在藤沢市に資産を有していた方は不要です。 ※生活保護受給者も不要です。	
・固定資産のある方	☐ 固定資産税納税通知書(令和7年度分)又は名寄帳
・固定資産のない方	☐ 無資産証明
⑤ 賃貸住宅を証する書類(賃貸住宅者利用者のみ)	
☐ 賃貸借契約書 等	

※必要に応じて、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

第1号様式（第5条関係）

介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書 ☒ 新規 ☐ 更新

藤 沢 市 長		新規又は更新に ☒ してください。		令和〇年 8月 1日																									
次のとおり、介護保険居宅サービス等自己負担額助成の申請をします。また、私及び私の属する世帯員の収入、資産等は収入・資産等に係る申告書のとおりです。																													
被 保 険 者 (申 請 者)	フリガナ	フジサワ カイゴ		被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇																								
	氏 名	藤 沢 介 護		住 居	☒ 自己所有 ☐ 借家 ☐ 施設入所																								
	生年月日	明・大・ 昭 10年10月10日		住 所	〒000-0000 藤沢市朝日町1番地の1																								
	住 所	〒000-0000 藤沢市朝日町1番地の1		電話番号	0466-00-0000																								
振込先の口座情報を記入してください。																													
今回の申請で介護保険居宅サービス等自己負担額助成を受けた場合、私に交付される助成金については、次の口座に振り込んでください。なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものとして取り扱ってください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>銀 行</th> <th>本店</th> <th>口座種目</th> <th>口座番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>藤 沢 信用金庫 信用組合</td> <td>藤 沢 支店 出張所</td> <td>普通預金</td> <td>1 1 1 1 1 1 1</td> </tr> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>店舗コード</td> <td>当座預金</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 1 1 1</td> <td>1 1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3">フジサワ カイゴ</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="3">藤 沢 介 護</td> </tr> </tbody> </table>						銀 行	本店	口座種目	口座番号	藤 沢 信用金庫 信用組合	藤 沢 支店 出張所	普通預金	1 1 1 1 1 1 1	金融機関コード	店舗コード	当座預金		1 1 1 1	1 1 1			フリガナ	フジサワ カイゴ			口座名義人	藤 沢 介 護		
銀 行	本店	口座種目	口座番号																										
藤 沢 信用金庫 信用組合	藤 沢 支店 出張所	普通預金	1 1 1 1 1 1 1																										
金融機関コード	店舗コード	当座預金																											
1 1 1 1	1 1 1																												
フリガナ	フジサワ カイゴ																												
口座名義人	藤 沢 介 護																												
窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。）																													
氏名 藤 沢 給 付			電話番号 0466-00-0000																										
住所 藤 沢 市 朝 日 町 1 番 地 の 1			本人との続柄 妻																										

【市処理欄】

「市処理欄」以下は、記入不要です。

来庁者が被保険者本人以外の場合は、ご記入ください。

収入・資産等に係る申告書兼同意書

次の申請について、私及び私と同一の世帯に属する者の収入及び現在の資産状等の状況を次のとおり申告します。また、次の同意事項について、同意します。

1 手続き名

介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請

2 被保険者及び同一の世帯に属する者の氏名等及び同意欄

世帯員氏名	生年月日	被保険者との続柄
藤沢 介護	明・大(昭)平・令 〇年 〇〇月〇〇日	本人
藤沢 給付	明・大(昭)平・令 △年 △△月△△日	妻

本人を含め、同一世帯の方全員の氏名等を記入してください。

<同意事項>

- (1) この申請に係る資格要件を確認するため、市で保管する住民記録情報、市町村民税課税情報及びその他受給可否に必要な情報を市長が利用することに同意します。
- (2) 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。）に私及び私と同一の世帯に属する者の預貯金の残高及び預金取引明細、有価証券等の時価評価額並びにその他必要な情報について、報告を求めることに同意します。
- (3) 市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて同意している旨を銀行等に

3 世帯全

※前年

※生活保護受給者

世帯全員の、1年間(令和7年1月～12月)の収入の種類・金額を記入してください。

氏 名	収入の種類・金額
藤沢 介護	☒ 公的年金収入 (123,456) 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
藤沢 給付	☒ 公的年金収入 (987,654) 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
	☐ 公的年金収入 () 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
	☐ 公的年金収入 () 円 ☐ 給与所得 () 円 ☐ その他所得 () 円
世帯全員分の合計額	1,111,110 円

4 世帯全員の預貯金等の金額（※生活保護受給中の方は記入不要です。）

（１）預貯金

金融機関名	口座番号	口座名義人	口座残高
〇〇銀行	1234567	フジサワ カイゴ	1,000,000 円
△△信用金庫	9876543	フジサワ キュウフ	2,000,000 円
			円
世帯全員の、保有する預貯金等の金融機関名・口座番号・口座残高(最新の残高に記帳してください。)を記入してください。			
世帯全員分の合計額			3,000,000 円

（２）現金・有価証券など

有価証券等	有価証券などの種類	所有者	金額
現金・有価証券（保有する場合のみ）の金額を記入してください。			
現金	世帯全員分の合計額		円

（３）負債

内 容	債務者	債務残高
負債がある場合には、資産から差し引きますので、記入してください。その場合、負債があることが確認できる書類(借用書等の写し)を添付してください。		
世帯全員分の合計額		円

5 世帯の預貯金・現金等以外の資産の保有状況（該当するものに☑）

土地（※居住用家屋及び日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし
建物（※居住用家屋及び日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし
その他の資産（※日常生活に供する資産を除く）	☐ あり ☒ なし

<注意事項>

- ・ 同一種類の資産
- ・ 評価概算額は、
- ・ 書ききれない場合
- ・ 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。

6 被保険者の扶養

- ☒ 負担能力の
- ☒ 所得税法上の扶養親族となっていない（所得控除を受けていない。）。
- ☒ 健康保険法上の被扶養者となっていない。

7. 介護保険制度における生活保護境界層措置

(1) 制度の概要

介護保険サービスの利用に係る費用負担に関し、本来適用されるべき基準等を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い基準等を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者について、当該基準より低い基準等を適用する制度です。

(2) 対象となる方

生活保護の申請者又は現に生活保護を受けている方のうち、「境界層措置を受ければ生活保護を必要としない方」とであると福祉事務所長から認められた方(境界層該当証明書の発行を受けた方)。

(3) 措置の内容

生活保護を必要としない状態に至るまで、次の①から⑤の順番に、より低い基準等を適用します。

① 給付減額等の記載

〔例：給付制限措置の給付額減額等の記載を削除する。〕

② 滞在費・居住費の負担限度額

〔例：介護保険施設の利用にかかる多床室の居住費について、利用者負担段階を第3段階②(1日につき530 円)から第1段階(1日につき 0 円)に変更する。〕

③ 食費の負担限度額

〔例：介護保険施設の利用にかかる食費について、利用者負担段階を第3段階②(1日につき 1,420 円)から第1段階(1日につき 300 円)に変更する。〕

④ 高額介護サービス費

〔例：1か月の利用者負担について、利用者負担上限額を1か月 44,400 円から1か月 24,600 円に変更する。〕

⑤ 保険料の段階

〔例：介護保険料段階を第5段階から第1段階へ変更する。〕

※福祉事務所長は、当該者についてどの境界層措置が講じられるべきであることを示す証明書等を交付して、生活保護申請を却下し、又は生活保護を廃止します。

※介護保険課は、境界層措置の申請書に添付する証明書等を確認の上、実際の境界層措置を講じます。

(4)申請方法等

- ◇ 生活保護を未申請の方は、生活保護担当課(生活援護課)において、生活保護を申請後、ケースワーカーを通じて、介護保険課に申請書及び境界層措置該当証明書を提出してください。
- ◇ 有効期間は、適用開始日(生活保護が却下又は廃止された月の初日)から7月末までです。
- ◇ 有効期間終了後も境界層措置が必要な場合は、改めて手続きが必要です。

(5)必要書類

- ① 境界層措置申請書
 - ② 境界層該当証明書(※1)
 - ③ 「境界層該当措置の内容」の一覧表(※1)
 - ④ 介護保険負担限度額認定申請書(※2)
 - ⑤ 介護保険被保険者証(※3)
- ※1 福祉事務所長が発行するもの。
- ※2 負担限度額の認定段階を変更する場合のみ。
(通帳等の添付資料は必要です。)
- ※3 給付減額等の記載を消除する場合のみ。

(6)受付窓口及び受付時間

- ◇ 介護保険課
平日 8時30分から12時00分まで
13時00分から17時00分まで
- ※市民センターの地区福祉窓口では受付していません。
- ※「境界層該当証明書」及び「『境界層該当措置の内容』の一覧表」については、生活保護の担当課にお問い合わせください。

第1号様式（第3条関係）

境界層措置申請書

藤沢市長

次のとおり、境界層措置を申請します。

なお、境界層該当措置のために必要があるときは、市長が市で保管する住民記録情報、市町村民税課税情報及びその他必要な情報を利用すること、並びに生活保護担当部署に内容等の照会及び必要な情報を提供することに同意します。

被保険者	
フリガナ 氏 名	フジサワ カイゴ 藤 沢 介 護
住 所	〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
電 話 番 号	0466-25-1111

来庁者が被保険者本人以外の場合は、記入してください。

申請者 ※被保険者と同じ場合は、記入不要です。			
フリガナ 氏 名	フジサワ キュウフ 藤 沢 給 付	被保険者との 続き柄	妻
住 所	〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1		
電 話 番 号	0466-25-1111		

以 上

8. 特別な事情による利用者負担の減免制度

(1) 制度の概要

震災、風水害、火災などの災害により、世帯の生計中心者の所有する住宅・家財に著しい被害を受けた場合や、失業など特別な事情で所得が著しく減少したことにより、介護保険サービスの利用者負担額の支払いが困難になったときは、その被害の程度や収入の状況に応じて、利用者負担額の軽減や免除を受けられる場合があります。

(2) 対象となるサービス ※食費・部屋代・日常生活費などは除きます。

- ・居宅介護(介護予防)サービス
- ・地域密着型(介護予防)サービス
- ・施設サービス
- ・居宅介護(介護予防)福祉用具購入
- ・居宅介護(介護予防)住宅改修
- ・介護予防訪問型サービス A(指定型のみ)
- ・介護予防通所型サービス

(3) 対象となる場合

- ① 世帯の生計を主として維持する方が、震災・風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた場合(※)
※店舗など自己の居住用以外の住宅について 30%以上の損害を受けていても、自己の居住住宅に損害がない場合は減免・猶予の対象となりません。
- ② 世帯の生計を主として維持する方の収入が、事業の休廃止や失業、生計維持者の死亡により収入が著しく減少した場合

(4) 減免割合

① 地震・火災等により被災した場合

本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額	損害割合	給付率		
		1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
300 万円未満	70%以上	100/100(全額免除)		
	50%以上 70%未満	97/100	94/100	91/100
	30%以上 50%未満	95/100	90/100	85/100
	30%未満	93/100	86/100	79/100

② 住宅の床上浸水により被災した場合

本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額	給付率		
	1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
300 万円未満	95/100	90/100	85/100

③収入減少事情のある場合

生計中心者の 前年の段階 判定所得金額	減少後の 収入額	前年所得に対する 減少割合	給付率		
			1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
350 万円以上 450 万円以下	生活保護 基準に 1.2 を乗 じて得た 額以下で あるとき	70%以上	93/100	86/100	79/100
250 万円以上 350 万円未満		70%以上	95/100	90/100	85/100
		50%以上 70%未満	93/100	86/100	79/100
150 万円以上 250 万円未満		70%以上	97/100	94/100	91/100
		50%以上 70%未満	95/100	90/100	85/100
		30%以上 50%未満	93/100	86/100	79/100
150 万円未満		70%以上	100/100(全額免除)		
		50%以上 70%未満	97/100	94/100	91/100
		30%以上 50%未満	95/100	90/100	85/100
		30%未満	93/100	86/100	79/100

(5)申請方法等

- ◇ 申請書及び必要書類を藤沢市に提出してください。
- ◇ 有効期間は、原則、申請日の属する月の1日から7月31日までです。

(6)必要書類

① 災害による損害があった場合

- ・介護保険利用者負担額減額・免除申請書
- ・介護保険利用者負担減額・免除申請 同意書
- ・介護保険被保険者証
- ・り災証明書の写し
- ・その他災害の状況を明らかにする書類等

② 生計中心者の収入が著しく減少した場合

- ・介護保険利用者負担額減額・免除申請書
- ・介護保険利用者負担減額・免除申請 同意書
- ・介護保険被保険者証
- ・収入減少の要因の分かるもの

（ 事業の休廃止・失業の場合（廃業証明書、離職証明書等）
死亡・長期入院・心身に重大な障害を受けた場合（診断書等） ）

- ・収入の状況を明らかにする書類

（ 前年度の収入の分かるもの（前年の確定申告書の写し、年金受給通知、預金通帳の写し等）
収入減少の要因にあたる事由発生前までに得た収入を証明する書類（源泉徴収票等） ）

(7)受付窓口及び受付時間

◇ 介護保険課

平日 8時30分から12時00分まで

13時00分から17時00分まで

※市民センターの地区福祉窓口では受付していません。

第30号様式（第37条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

被保険者本人の住所・氏名・電話番号を記入してください。				令和〇年 8月 1日			
藤 沢 市 長							
住所 藤沢市朝日町1番地の1							
申請者氏名 藤沢 介護							
電話番号 0466-25-1111							
被保険者の情報を記入してください。							
次のとおり利用者負担額の減免を申請します。							
減免の区分		☒ 減 額 ☐ 免 除					
被 保 険 者	氏 名	フリガナ フジサワ カイゴ	被保険者番号		0 0 0 0 1 2 3 4 5 6		
		藤 沢 介 護	個人番号				
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 3 年 3 月 3 日					
	住 所	〒251-0000 藤沢市朝日町1番地の1 電話番号 0466-25-1111					
減免申請理由		・ 台風〇〇号により、住宅が罹災したため。					
生計中心者の氏名		藤沢 太郎		減免を受ける理由を記入してください。			
生計中心者の前年所得金額		2,800,000円					
損害の程度		☐ 70パーセント以上 ☒ 50パーセント以上70パーセント ☐ 30パーセント以上50パーセント ☐ 30パーセント未満		生計中心者の氏名・前年所得金額を記入してください。			
添付書類		罹災証明書					
上記の申請について、次のとおり決							
課 長	課長補佐	主 査	担	災害等により被害を受けた場合はその損害の程度について、該当するものに☑をしてください。 収入減少による場合は、前年の所得に対する減少の程度について、該当するものに☑をしてください。			
該当区分	☐ 藤沢市介護保険条例施行規則第36条第 号 に該当 ☐ 非該当						
決定区分	☐ 免除する。 ☐ 減額する（ パーセント）。 ☐ 免除しない。 ☐ 減額しない。						

藤沢市長

介護保険利用者負担減額・免除申請 同意書

この申請に係る資格要件を確認するため、市で保管する住民記録情報、市
町村民税課税情報及びその他受給可否に必要な情報について、市長が利用す
ることに同意します。

年 月 日

被保険者 住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : _____

被保険者番号 : _____

電話番号 : _____

9. 介護保険サービスの利用者負担と医療費控除

介護保険サービスの利用者負担(1～3割負担・居住費・滞在費・食費)の一部は医療費控除の対象となる場合があります。ただし、併せて支払っている日常生活費(※)・特別なサービス費用(※)は対象にはなりません。

医療費控除を受けるためには、サービス提供事業者の「医療費控除の対象となる金額」が記載された領収証などが必要です。

※日常生活費とは、理美容代、私物の洗濯代などです。

※特別なサービス費用とは、利用者の希望に基づく特別な部屋やメニュー、食材の提供にかかる費用です。

【凡例】

- 医療費控除の対象となる。
- △ 医療系居宅サービスと併せて利用した場合に医療費控除の対象となる。
- × 医療費控除の対象とならない。

サービスの種類	利用者負担		
	1～3割分	居住費 滞在費	食費
<施設サービス>			
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	○ ※2分の1	○ ※2分の1	○ ※2分の1
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)(旧措置入所者)	×	×	×
地域密着型介護老人福祉施設(地域密着型特別養護老人ホーム)	○ ※2分の1	○ ※2分の1	○ ※2分の1
介護老人保健施設(老人保健施設)	○	○	○
介護療養型医療施設(療養病床等)	○	○	○
介護医療院	○	○	○

(注意事項)

- 介護保険法の改正(平成17年10月1日施行)により、施設サービスの対価のうち居住費及び食費が介護保険給付の対象外となりましたが、自己負担額(介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設については1/2相当額)は医療費控除の対象となります。
- 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の個室等の特別室の使用料(診療又は治療を受けるためにやむを得ず支払うものに限る。)は医療費控除の対象となります。
- 介護老人福祉施設等が発行する領収書に、医療費控除の対象となる金額が記載されます。
- 高額介護サービス費として払戻しを受けた場合は、その高額介護サービス費を医療費の金額から差し引いて医療費控除の金額の計算をすることとなります。なお、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設の施設サービス費に係る自己負担額のみに対する高額介護サービス費については、2分の1に相当する金額を医療費の金額から差し引いて医療費控除の金額の計算をすることとなります。

サービスの種類(★は医療系サービス)	利用者負担		
	1～3割分	居住費 滞在費	食費
<居宅サービス>			
訪問介護(生活援助中心型除く)	△	—	—
訪問介護(生活援助中心型)	×	—	—
訪問入浴介護	△	—	—
訪問看護 ★	○	—	—
訪問リハビリテーション ★	○	—	—
通所介護	△	—	×
通所リハビリテーション ★	○	—	○

サービスの種類(★は医療系サービス)	利用者負担		
	1～3 割分	居住費 滞在費	食費
福祉用具貸与	×	—	—
短期入所生活介護	△	×	×
短期入所療養介護(介護老人保健施設) ★	○	○	○
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等) ★	○	○	○
居宅療養管理指導 ★	○	—	—
特定施設入居者生活介護	×	×	×
<介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	△	—	—
介護予防訪問看護 ★	○	—	—
介護予防訪問リハビリテーション ★	○	—	—
介護予防通所リハビリテーション ★	○	—	○
介護予防福祉用具貸与	×	—	—
介護予防短期入所生活介護	△	×	×
介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設) ★	○	○	○
介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等) ★	○	○	○
介護予防居宅療養管理指導 ★	○	—	—
介護予防特定施設入居者生活介護	×	×	×
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ★ (一体型事業所で訪問看護を利用する場合に限る)	○	—	—
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (連携型事業所又は一体型事業所で訪問看護を利用しない場合に限る)	△	—	—
夜間対応型訪問介護	△	—	—
地域密着型通所介護	△	—	×
認知症対応型通所介護	△	—	×
小規模多機能型居宅介護	△	×	×
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	×	×	×
地域密着型特定施設入居者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム)	×	×	×
看護小規模多機能型居宅介護 ★	○	×	×
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	△	—	×
介護予防小規模多機能型居宅介護	△	×	×
介護予防認知症対応型共同生活介護	×	×	×
<介護予防・日常生活支援総合事業>			
介護予防訪問型サービス(身体介護を含む)	△	—	—
介護予防訪問型サービス(生活援助のみ)	×	—	—
介護予防通所型サービス	△	—	×
<その他>			
福祉用具購入	×	—	—
住宅改修	×	—	—

(注意事項)

- 1.指定居宅サービス事業者(居宅サービス等を提供する事業者で都道府県知事等が指定するものをいいます。)等が発行する領収書に、医療費控除の対象となる医療費の額が記載されることとなっています。
- 2.交通費のうち、通所リハビリテーションや短期入所療養介護を受けるため、介護老人保健施設や介護療養型医療施設へ通う際に支払う費用で、通常必要なものは医療費控除の対象となります。
- 3.高額介護サービス費として払戻しを受けた場合は、その高額介護サービス費を医療費の金額から差し引いて医療費控除の金額を計算することとなります。

<介護福祉士等による喀痰吸引等が行われたとき>

本来医療費控除の対象とならない介護保険サービスであっても、介護福祉士等による喀痰吸引・経管栄養が行われたときは、当該居宅サービス等にかかる自己負担額の1/10が医療費控除の対象となります。



お問い合わせ窓口

藤沢市 福祉部 介護保険課

〒251-8601 藤沢市朝日町 1 番地の 1

☎ 0466-25-1111(代表)

FAX 0466-50-8443

メール fj-kaigo-j@city.fujisawa.lg.jp