

令和7年8月～令和8年7月申請用

(生活保護受給者以外の方向け)

利用者負担額軽減事業について

介護保険サービスの利用料の支払いが困難な方に対し、その負担を軽減します。

軽減の内容

軽減の確認を受けた方が「東京都及び新宿区に軽減事業を行う申出を行った事業者が提供するサービス」を利用した場合、利用者負担額が以下のように軽減されます。

(通常の負担)

(軽減後の負担)

介護費負担

1 割

通常負担の75%

※高額介護サービス費の支給額が、本事業の軽減額を上回る場合には、そちらを優先します。

食費負担

通所系サービス利用時

→各事業所が請求する食事代

通常負担の75%

※通所介護等食費助成事業による軽減額が、本事業の軽減額を上回る場合には、そちらを優先します。

施設サービス利用時(ショートステイ含む) →負担限度額認定証の限度額

居住(滞在)費負担

負担限度額認定証の限度額

通常負担の75%

軽減の要件

(次のすべてに該当することが必要です)

- ① サービスを受けている利用者及び同一世帯の家族全員が**住民税非課税**であること。
- ② 申請時に介護保険料を滞納していないこと。
- ③ 世帯の年間収入が**基準収入額(下表)以下**であること。
(収入には、**仕送りや課税対象とはならない年金・手当等を含みます**)
- ④ 世帯の預貯金等(申請時点の額)が**基準貯蓄額(下表)以下**であること。
(預貯金等には、**有価証券、債権等も含みます**)
- ⑤ 世帯員が自宅以外に土地、家屋等を所有していないこと。
- ⑥ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

※ 被保険者証に給付額減額等の記載があるものは、この制度の対象となりません。

世帯員の数	基準収入額	基準貯蓄額
本人のみ	150万円以下	350万円以下
2人	200万円以下	450万円以下
3人	250万円以下	550万円以下
4人	300万円以下	650万円以下

以下、1人増えるごとに基準収入額に50万円、基準貯蓄額に100万円を加えた額 **【裏面あり】**

申請手続

この制度を利用するには、申請が必要です。「利用者負担額軽減対象確認申請書」により、新宿区へ申請してください（書類は介護保険課給付係にご請求ください）。

審査のうえ、結果をお知らせします。

＜提出書類＞

- ① 利用者負担額軽減対象確認申請書
- ② 収入及び預貯金等申告書

収入及び預貯金等を確認できる書類（年金支払額通知のコピー、年金の源泉徴収票のコピー等 並びに **令和6年1月1日から令和6年12月31日**及び**申請時点**の**預貯金通帳の内容と通帳の表紙のコピー**等）を添付してください。

- ③ 資産及び扶養の有無に関する申告書

対象となるサービス

「東京都及び新宿区に軽減事業を行う申出を行った事業者が提供する下記の(1)～(25)のサービス」のみ対象となります。

申出を行っていない事業者のサービスを受けた場合は対象になりません。

(1) 訪問介護 (2) 通所介護 (3) 認知症対応型通所介護 (4) 介護予防認知症対応型通所介護 (5) 小規模多機能型居宅介護 (6) 介護予防小規模多機能型居宅介護 (7) 訪問看護 (8) 介護予防訪問看護 (9) 訪問入浴介護 (10) 介護予防訪問入浴介護 (11) 短期入所生活介護 (12) 介護予防短期入所生活介護 (13) 短期入所療養介護 (14) 介護予防短期入所療養介護 (15) 訪問リハビリテーション (16) 介護予防訪問リハビリテーション (17) 通所リハビリテーション (18) 介護予防通所リハビリテーション (19) 介護福祉施設サービス (20) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (21) 看護小規模多機能型居宅介護 (22) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (23) 夜間対応型訪問介護 (24) 地域密着型通所介護 (25) 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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）

利用方法

認定された方には、確認証を交付します。

サービスを利用する前にケアマネジャーとサービス事業者もしくは介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に提示して、東京都及び新宿区へ申出済みの事業者（施設）であるかを確認の上、利用料の軽減を受けてください。

* 担当・問合せ

新宿区福祉部介護保険課給付係

電話 5273-4176

FAX 3209-6010