

老発0622第1号
平成27年6月22日

一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会長 鷺見 よしみ 殿

厚生労働省老健局長



介護保険制度の費用負担の見直しに関する介護支援専門員へのご協力のお願について（依頼）

介護保険制度の円滑な運営につきましては、平素より格別のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成27年8月1日から介護保険法（平成9年法律第123号）及び関係法令の一部改正により、一定以上所得者の2割負担、高額介護（予防）サービス費の負担限度額の見直し及び特定入所者介護（予防）サービス費の支給要件の見直しが施行されます。

これらの費用負担の見直しを円滑に実施していくためには、日常的にサービス利用者と接する機会のある介護支援専門員の方々に見直しの内容を把握していただいたうえで、利用者との相談や申請手続の支援をいただくことが重要と考えています。

つきましては、介護支援専門員の方々にご協力いただきたい事項を下記の通りまとめましたので、貴職におかれましては、下記の点をご了知いただくとともに、貴会会員への周知について、特段のご配慮及びご協力をいただきますようお願い申し上げます。

記

1. 一定以上所得者の2割負担について

今回の制度改正に伴い、新たに、平成27年8月1日以降、保険給付率が80%（利用者負担が20%）になる場合が出てくるため、ケアプラン作成時など、利用者負担を書類に記入する事務を行う際には、利用者本人や家族に負担割合証（別紙様式1）により利用者負担割合をご確認いただいたうえで、保険給付率や利用者負担額等に誤りがないよう、特段のご配慮をお願い致します。

また、利用者はサービス利用時に事業所の窓口で負担割合証を提示することになっていますが、持参することを忘れた場合などには、サービス事業所が受領すべき自己負担額を確認できないケースもあり得ます。そのような場合に、サービス事業所から担当の介護支援専門員に対して、その方の自己負担割合についての問い合わせ等があった際は、個人情報であることに留意しつつ、適切なお対応をお願い致します。

2. 高額介護（予防）サービス費及び特定入所者介護（予防）サービス費の見直しに係る申請手続への協力

今回の制度改正により、高額介護（予防）サービス費の負担限度額について、現役並み所得に相当する第一号被保険者が属する世帯に関しては44,400円に引き上げられます。ただし、同一世帯の第一号被保険者の収入の合計額が520万円（同一世帯の第一号被保険者が1人の場合は383万円）未満である場合には、負担限度額は一般区分（37,200円）が適用されることとなりますが、そのためには、申請書（別紙様式2）を市町村に提出することが必要となります。

また、特定入所者介護（予防）サービス費の支給要件の見直しが行われ、従来の支給要件（市町村民税世帯非課税であること）の外、

- ・世帯が分離している場合も含めて配偶者に市町村民税が課税されているかどうか
- ・本人及び配偶者が合計2,000万円（配偶者がいない場合には1,000万円）超の預貯金等を保有しているかどうか

を新たに判定することとしております。

これに伴い、

- ・新たに上記の要件に関する記入欄を設けた申請書（別紙様式3）への記入
- ・保険者が預貯金等に係る金融機関調査を行うための同意書（別紙様式4）への記入
- ・預貯金等の通帳の写しの添付

といった手続が必要となります。

つきましては、これらの新たな申請手続に関して、申請書の記載内容や、添付書類の確認をしていただくことなどをはじめとして、利用者の負担を軽減しつつ適切な申請が行われるようにするため、ご本人の求めなど必要に応じて適切な対応が図られるよう、ご協力をお願い致します。

(参考) 平成26年介護保険法改正周知用リーフレット・ポスター

【厚生労働省ホームページ】

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護保険制度の概要

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

(表面)

介護保険負担割合証														
交付年月日 年 月 日														
被 保 険 者	番 号													
	住 所													
	フリガナ	-----												
	氏 名													
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女							
利用者負担 の割合	適 用 期 間													
割	開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成 年 月 日							
割	開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成 年 月 日							
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>													

(裏面)

注 意 事 項
<p>一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口提出してください。</p> <p>二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。)</p> <p>三 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>六 利用時支払額を三割とする措置(給付額減額)を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。</p>

- この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

(申請先)

市(町村)長

次のとおり関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

1	フリガナ	-----	被保険者番号																
	被保険者氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女															
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																	
2	フリガナ	-----	被保険者番号																
	被保険者氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女															
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																	
3	フリガナ	-----	被保険者番号																
	被保険者氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女															
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																	
住所		-----																	
		連絡先																	

氏名				
平成 年中 の 収入	公的年金	円	円	円
	給与 (パート収入等を含む)	円	円	円
	() (年金・給与以外の収入)	円	円	円
	合計	円	円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

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) 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人(40歳以上65歳未満の方は除く。)及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。

(2) 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など)は除きます。

(3) 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において当市(区長村)に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。

介護保険負担限度額認定申請書

別紙様式 3

年 月 日

(申請先)

市(町村)長

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	
	Ⓜ	性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
住所			
	連絡先		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)			
	連絡先		
入所(院)年月日 (※)	昭 ・ 平 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	左記において「無」の場合は、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	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
	住所	
		連絡先
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり		
	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、下記について記載は不要です。

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、そのすべてを記入し、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。

同意書

市(町村)長 殿

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。)に私及び私の配偶者(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、貴市(町村)長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印