

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護保険計画課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

給付額減額措置の見直しに伴う  
被保険者証及び負担割合証の様式の変更について  
計6枚（本紙を除く）

Vol.654

平成30年5月14日

厚生労働省老健局介護保険計画課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 2164）  
FAX：03-3503-2167

事 務 連 絡  
平成 30 年 5 月 14 日

各都道府県介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

給付額減額措置の見直しに伴う  
被保険者証及び負担割合証の様式の変更について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

現行制度においては、市町村の介護保険財政の安定的運営や、保険料負担の公平性を図るといった観点から、保険料を確実に徴収するため、保険料を滞納し、その徴収権の時効が消滅した期間がある方については、その期間に応じて給付割合を7割に制限することとしています。

本年8月より、現役並みの所得を有する者の介護保険の利用者負担割合を2割から3割とすることとしており、これに伴い、上記の給付額減額措置が果たす未収納対策としての役割が維持されるよう、現役並みの所得を有する者に対する給付割合を6割に制限することとしています。

本件見直しに伴い、被保険者証及び負担割合証の様式の裏面の注意事項のうち、給付額減額措置の記載について、変更を行う必要があります。この様式の変更については、平成30年3月6日開催の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議において追って様式案をお示しすることとしていましたが、それぞれ別添1及び別添2のとおりとしますので、ご了知の上、施行に向けた準備をお願いいたします。

また、被保険者証については、平成30年8月以降順次新たな様式に切り替える必要がありますが、現在すでに発行されている被保険者証については、要介護認定の更新等による被保険者証を新たに交付するまでの間、改正前の様式の認定証を用いても有効なものとして取扱って差し支えありません。なお、被保険者証及び負担割合証の様式については、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）様式第1号及び様式第1号の2に規定されていますが、同令については、追って改正する予定であることを申し添えます。

介護保険被保険者証の様式についての新旧対照表

(別添1)

| 改正後 (新)                                                                                                                                                                                  | 改正前 (旧)                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(裏面)</p> <p>注意事項<br/>一～十三 (略)</p> <p>十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割 <u>(介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割)</u> とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。</p> | <p>(裏面)</p> <p>注意事項<br/>一～十三 (略)</p> <p>十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。</p> |

| (一)                                                                                                                                                   |     |                                  |  | (二)                                                                     |  |           |  | (三)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------|-----|-----|--|--|----------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|----------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|---------|--|--|----|--|-----------------|-------|--|--|----|--|-----------------|-------|--|--|----|--|-----------------|-------|--|--|----|--|-----------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     介 護 保 険 被 保 険 者 証                 </div> |     |                                  |  | 要介護状態区分等                                                                |  |           |  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">給 付 制 限</th> <th style="width: 45%;">内 容</th> <th style="width: 40%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日<br/>終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日<br/>終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日<br/>終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">                     居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;"> <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;"> <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;"> <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">                     介護保険施設等                 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">種類</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">入所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">-----</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">名称</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">退所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">-----</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">種類</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">入所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: 1px solid black;">-----</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">名称</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;">退所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> |  |  | 給 付 制 限 | 内 容 | 期 間 |  |  | 開始年月日 平成 年 月 日<br>終了年月日 平成 年 月 日 |  |  | 開始年月日 平成 年 月 日<br>終了年月日 平成 年 月 日 |  |  | 開始年月日 平成 年 月 日<br>終了年月日 平成 年 月 日 | 居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称 |  |  | <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> |  |  | <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> |  |  | <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div> |  |  | 介護保険施設等 |  |  | 種類 |  | 入所等年月日 平成 年 月 日 | ----- |  |  | 名称 |  | 退所等年月日 平成 年 月 日 | ----- |  |  | 種類 |  | 入所等年月日 平成 年 月 日 | ----- |  |  | 名称 |  | 退所等年月日 平成 年 月 日 |
| 給 付 制 限                                                                                                                                               | 内 容 | 期 間                              |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
|                                                                                                                                                       |     | 開始年月日 平成 年 月 日<br>終了年月日 平成 年 月 日 |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
|                                                                                                                                                       |     | 開始年月日 平成 年 月 日<br>終了年月日 平成 年 月 日 |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
|                                                                                                                                                       |     | 開始年月日 平成 年 月 日<br>終了年月日 平成 年 月 日 |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称                                                                                                       |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>                                                                                                  |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>                                                                                                  |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| <div style="text-align: right;">届出年月日 平成 年 月 日</div>                                                                                                  |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 介護保険施設等                                                                                                                                               |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 種類                                                                                                                                                    |     | 入所等年月日 平成 年 月 日                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| -----                                                                                                                                                 |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 名称                                                                                                                                                    |     | 退所等年月日 平成 年 月 日                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| -----                                                                                                                                                 |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 種類                                                                                                                                                    |     | 入所等年月日 平成 年 月 日                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| -----                                                                                                                                                 |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 名称                                                                                                                                                    |     | 退所等年月日 平成 年 月 日                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 認定年月日<br>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)                                                                                                                     |     |                                  |  | 平成 年 月 日                                                                |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 認定の有効期間                                                                                                                                               |     |                                  |  | 平成 年 月 日～平成 年 月 日                                                       |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 居室サービス等                                                                                                                                               |     |                                  |  | 区分支給限度基準額<br>平成 年 月 日～平成 年 月 日<br>1月当たり                                 |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| (うち種類支給限度基準額)                                                                                                                                         |     |                                  |  | サービスの種類                                                                 |  | 種類支給限度基準額 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 被 住 所                                                                                                                                                 |     |                                  |  | フリガナ                                                                    |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 保 険 者 氏 名                                                                                                                                             |     |                                  |  | 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日                                                     |  |           |  | 性別 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 交付年月日                                                                                                                                                 |     |                                  |  | 平成 年 月 日                                                                |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印                                                                                                                                     |     |                                  |  | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |
| 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定                                                                                                                                  |     |                                  |  |                                                                         |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |         |     |     |  |  |                                  |  |  |                                  |  |  |                                  |                                                 |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |                                                      |  |  |         |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |       |  |  |    |  |                 |

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 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、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 三 介護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に提出してください。
- 四 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に提出してください。
- 五 認定の有効期限を超過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を超過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

(五)

- 六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス(以下「居宅サービス等」という。)については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い(償還払い)になります。
- 七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 八 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です(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)。
- 九 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額(事業者提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額)です。

(六)

- 十 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 十一 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 十二 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、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。
- 十三 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。
- 十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割(介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割)とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。

備考

- 1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の箇所から三つ折とすること。
- 2 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。

介護保険負担割合証の様式についての新旧対照表

(別添2)

| 改正後 (新)                                                                                                                                                        | 改正前 (旧)                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(裏面)</p> <p>注 意 事 項</p> <p>一～五 (略)</p> <p>六 利用時支払額を三割 (<u>「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割</u>) 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> | <p>(裏面)</p> <p>注 意 事 項</p> <p>一～五 (略)</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> |

様式第一号の二(第二十八条の二関係)

(裏面)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>注 意 事 項</p> <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に提出してください。</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のサービ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ぬ。)</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(「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割)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> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(表面)

|                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |   |     |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-----|--|--|--|--|--|--|
| <p>介 護 保 険 負 担 割 合 証</p> <p>交付年月日 年 月 日</p> |      |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |   |     |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>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> </tr> </table> |     |   |     |  |  |  |  |  |  |
|                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                               |     |   |     |  |  |  |  |  |  |

- 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。