

介護保険負担割合証交付に関する各務原市介護保険サービス事業者協議会への対応について

概要

平成 27 年度の制度改正により介護サービス利用者負担が世帯の所得状況等により 1 割か 2 割になる。これに対し各務原市は要介護認定を受けている被保険者に対し介護保険負担割合証（以下、「割合証」という）を交付する。

平成 27 年度の割合証交付予定

要介護認定終了日が平成 27 年 8 月 1 日以降の被保険者に対し郵送

- ・新規交付 認定日が平成 27 年 7 月 8 日より後の対象者 認定日の翌日（介護保険証等と同封）（20～90 人/回、7・8 月は認定者数分（新規・更新）交付することになるが、9 月よりほぼ新規者のみとなる予定）
- ・一括交付 認定日が平成 27 年 7 月 8 日以前の対象者 平成 27 年 7 月 22 日発送（約 5,500 人） 1 回/年
- ・変更交付（負担割合変更による交付） 月 1 回（初回 8 月 5 日予定） 2～5 件/月？（件数不明）

割合証発行スケジュール

			認定 審査会	割合証交付		
				新規	一括	変更
平成 27 年 7 月	1	水				
	2	木				
	3	金				
	4	土				
	5	日				
	6	月				
	7	火	☆			
	8	水				
	9	木	☆			
	10	金		■		
	11	土				
	12	日				
	13	月				
	14	火	☆			
	15	水		■		
	16	木	☆			
	17	金		■		
	18	土				
	19	日				
	20	月				
	21	火	☆			
	22	水		■	■	
	23	木	☆			
	24	金		■		
	25	土				
	26	日				
	27	月				
	28	火	☆			
	29	水		■		
	30	木	☆			
	31	金		■		

			認定 審査会	割合証交付		
				新規	一括	変更
平成 27 年 8 月	1	土				
	2	日				
	3	月				
	4	火	☆			
	5	水		■	■	
	6	木	☆			
	7	金		■		
	8	土				
	9	日				
	10	月				
	11	火	☆			
	12	水		■		
	13	木	☆			
	14	金		■		
	15	土				
	16	日				
	17	月				
	18	火	☆			
	19	水		■		
	20	木	☆			
	21	金		■		
	22	土				
	23	日				
	24	月				
	25	火	☆			
	26	水		■		
	27	木	☆			
	28	金		■		
	29	土				
	30	日				
	31	月				

## 介護保険事業所の負担割合確認方法

各務原市が交付する負担割合証にて確認。

負担割合が変わる場合があるので毎月確認

変更理由	負担割合適用時期
税更正	8月1日
世帯構成変更・65歳到達	事実発生日の翌月（発生日が1日ならその月から）

いずれの理由の場合も交付月より前の月に遡って適用される可能性はある。

## 負担割合確認について懸念される事柄

### ①担当する対象者全員の負担割合を確認できるか？

・考えられる可能性。

割合証が届くことがわからない対象者がいる。

割合証を見せてもらえない対象者がいる。

### ②2割負担となる者の中にはサービス内容を見直す者がいるので、なるべく早く割合を知りたい。

## 各務原市の対応について

### ①対象者全員の負担割合を確認できるか？について

1. 割合証で確認できない特別な理由がある場合、各務原市に相談の上、申請により情報提供。（①参考様式：「介護保険負担割合の情報提供に係る申出書」）
2. 頻回に情報提供することになる者に対し、各務原市より電話・文書により割合証提示を促す。（②参考文書：「介護保険負担割合証提示のお願い」）
3. 割合が変更になった者へは再交付する割合証に文書を添え、事業所への連絡を案内する。（③参考文書：「介護保険負担割合の変更について」）
4. （変更件数しだいではあるが・・・変更件数は月2、3件であるとの見込みで）負担割合変更者がいることを事業所へ連絡する。

### ②2割負担となる者の中にはサービス内容を見直す者がいるので、なるべく早く割合を知りたい。

・居宅支援の開始情報があることから、事業所ごとの対象者・負担割合の一覧を作ることを検討したが、終了情報が不完全であることから、正確な一覧作成・件数把握は不可能。

・2割負担者0名又は1割負担者0名という情報を事業所に対して提供することは可能。（④参考文書：「介護保険負担割合の人数について（情報提供）」）

※この他、被保険者及びその家族からの負担割合算定方法等問合せに対し介護保険課窓口にて対応（⑤参考様式：「負担割合の確認」）

# ①参考様式

(あて先)各務原市長

## 介護保険負担割合の情報提供に係る申出書

平成 年 月 日

私は、下記の被保険者に係る介護保険負担割合について、情報提供されるよう申し出ます。

なお、情報提供を受けた際は、裏面記載の順守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

申請者		事業者・施設名称及び所在地	管理者氏名及び管理者印
被保険者との関係		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター(介護予防支援事業者) <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護(介護予防) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者・小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(地域密着型含む) <input type="checkbox"/> グループホーム(認知症対応型共同生活介護)	
(印)			

注、管理者とはその事業(居宅介護支援など、それぞれの業務)を管理する責任者です。法人の代表者ではありません。管理者印は個人印でも可。

### 被保険者

被保険者番号	氏名	住所	市記入欄
生年月日	電話番号	負担割合証で確認できない理由	住宅支援届出 有無等
年 月 日	( ) ( ) ( )	住所	負担割合
被保険者番号	氏名	住所	市記入欄
生年月日	電話番号	負担割合証で確認できない理由	住宅支援届出 有無等
年 月 日	( ) ( ) ( )	住所	負担割合
被保険者番号	氏名	住所	市記入欄
生年月日	電話番号	負担割合証で確認できない理由	住宅支援届出 有無等
年 月 日	( ) ( ) ( )	住所	負担割合
被保険者番号	氏名	住所	市記入欄
生年月日	電話番号	負担割合証で確認できない理由	住宅支援届出 有無等
年 月 日	( ) ( ) ( )	住所	負担割合

### 【順守事項・事業者用】

1. 私は、提供を受けた情報資料について、本人の介護(予防)サービス計画の作成又は施設サービス計画の作成以外の目的に使用しません。
2. 私は、私の従業者又は従業者であったものが、1に記した行為を順守するよう必要な措置を講じます。
3. 私は、提供を受けた情報資料を厳重に管理し、紛失、破損しないよう適正な保管に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失又は破損した場合は、直ちに本人に連絡し、その指示に従い善処します。
4. 私は、提供を受けた情報資料を所持する必要がなくなったり、速やかに当該資料(複写し又は複製したものを含む)を各務原市に返却するか、又は責任を持って破棄します。
5. 私は、各務原市から提供資料の提示又は提出を若しくは返還を求められた場合は、これに速やかに応じます。

**(注)上記の順守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。**

介護保険負担割合証提示のお願い


介護サービスを利用した際の利用者負担割合は1割または2割となっており、ケアマネジャーやサービス事業者等は各務原市が発行した「介護保険負担割合証」にて、その負担割合を確認することとなっています。

つきましては、負担割合証について下記のとおりお願いいたします。

記

- ◎各務原市では負担割合を毎月確認するようサービス事業者等をお願いしています。  
**求めに応じ負担割合証を提示してください。**
- ◎負担割合が確認できない場合、事業者が仮で利用料の2割分をいただく場合があります。
- ◎負担割合証が届いていない場合や紛失・破損等した場合は、再交付しますので市役所までご連絡ください。

負担割合証見本

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">介護保険負担割合証</div>			
交付年月日 平成 年 月 日			
被 保 険 者	番 号		
	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	性 別
利用者負担の割合	適 用 期 間		
割	開始年月日	平成27年 8月 1日	
	終了年月日	平成28年 7月31日	
割	開始年月日		
	終了年月日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">212131</div>		
	各務原市		

## 介護保険利用者負担割合の変更について

- 課税状況の変更、世帯構成の変更等により、利用者負担の割合が変更になりましたので、新しい負担割合証をお送りします。
- 次の2点についてお願いいたします。

**①古い負担割合証を市役所に返却してください。**

同封の返信用封筒にて市役所までお送りください。

**②新しい負担割合証をケアマネジャー、サービス事業者等に提出してください。**

負担割合が変更になったことを連絡してください。

〒504-8555 各務原市那加桜町 1-69  
各務原市役所 介護保険課 介護保険係  
電話 058-383-1778 FAX058-383-6365

平成27年7月

介護保険事業所 各位

各務原市健康福祉部介護保険課長

介護保険負担割合の人数について（情報提供）

貴事業所利用者のうち、以下の負担割合につきましては対象者0名でしたので、情報提供いたします。

なお、本情報は7月22日発送予定の一括交付者を対象としています。新規交付者については、個別に負担割合証にて確認してください。

2割負担対象者0名

※7月22日発送予定の一括交付者とは・・・

要介護認定終了日が8月1日以降で、認定日が7月8日以前被保険者を指します（新規交付者は認定日が平成27年7月8日より後の者）

〒504-8555 各務原市那加桜町1-69  
各務原市役所 介護保険課 介護保険係  
電話 058-383-1778 FAX058-383-6365

# 負担割合の確認

⑤参考様式

①ご本人の合計所得 160万円以上

②世帯の65歳以上の方の人数 1 名  
※平成27年65歳 昭和25年(1950年)生まれ  
 2名以上

③の☆が280万円以上の時2割負担  
 ③の☆が346万円以上の時2割負担

③

65歳以上の方のお名前		年金収入	合計所得一年金所得 その他の合計所得金額	計
1	ご本人 様		-	
2	ご家族 様		-	
3	ご家族 様		-	
4	ご家族 様		-	
5	ご家族 様		-	

☆