

厚岸町規則第 33 号

厚岸町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成 27 年 6 月 18 日

厚岸町長 若狭 靖

厚岸町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

厚岸町介護保険条例施行規則（平成13年厚岸町規則第29号）の一部を次のように改正する。

第12条の次に次の 1 条を加える。

（負担割合証の交付）

第12条の 2 町長は、法第49条の 2 の規定に基づく要介護被保険者が受ける介護給付及び第59条の 2 の規定に基づく居宅要支援被保険者が受ける予防給付に係る利用者負担割合を示す負担割合証（第18号の 2 様式）を要介護認定者及び要支援認定者に交付するものとする。

第 6 号様式及び第12号様式中「又は介護予防サービス計画を作成するために」を「の作成等介護保険事業の適切な運営のために」に改める。

第17号様式中「

認定の有効期間	
---------	--

」を

「

認定の有効期間	
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()

」に改める。

第18号様式の次に次の1様式を加える。

第18号の2様式（第12条の2関係）

（裏面）

（表面）

注 意 事 項 一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口提出してください。 二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。） 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。 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。 五 不正にそ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。 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。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;">介護保険負担割合証</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;">交付年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">被 保 険 者</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">番 号</td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">住 所</td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">フリガナ</td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">氏 名</td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">生年月日</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">明治・大正・昭和 年 月 日</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">性別</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">男・女</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">利用者負担の割合</td> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">適 用 期 間</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">割</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">開始年月日</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">年 月 日</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">終了年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">割</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">開始年月日</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">年 月 日</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">終了年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">保 険 者 番 号 及 並 び の 保 険 及 者 の 名 称 び 印</td> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> </tr> </table>	介護保険負担割合証				交付年月日 年 月 日				被 保 険 者	番 号			住 所			フリガナ			氏 名				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女	利用者負担の割合		適 用 期 間			割		開始年月日	年 月 日	終了年月日	割		開始年月日	年 月 日	終了年月日	保 険 者 番 号 及 並 び の 保 険 及 者 の 名 称 び 印				
介護保険負担割合証																																															
交付年月日 年 月 日																																															
被 保 険 者	番 号																																														
	住 所																																														
	フリガナ																																														
	氏 名																																														
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女																																											
利用者負担の割合		適 用 期 間																																													
割		開始年月日	年 月 日	終了年月日																																											
割		開始年月日	年 月 日	終了年月日																																											
保 険 者 番 号 及 並 び の 保 険 及 者 の 名 称 び 印																																															

- 証の大きさ
- 縦 128 ミリメートル
- 横 91 ミリメートル

第25号様式を次のように改める。

(表面)

第 25 号様式 (第 15 条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 厚岸町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	被保険者番号		
被保険者氏名	印	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
住 所	連絡先		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先		
入所(院)年月日 (※)	昭 ・ 平 年 月 日	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	住 所	連絡先
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場 合)	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超えます。
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり
	預貯金額	円 有価証券 (評価概算額) 円 その他 (現金・負債を含む) () ※ 円

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

町記入欄

交付年月日	適用年月日	有効期限	備考
年 月 日	年 月 日	年 月 日	

(裏面)

同 意 書

厚岸町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

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

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

第51号様式中

(裏面)

この納入通知書について疑問や不明な点があるとき、または保険料率の算定や内容をお聞きになるとき、あるいは紛失したり汚損のため、再発行を要する場合は、下記にご連絡ください。

088-1119 北海道厚岸郡厚岸町住の江1丁目2番地 厚岸町保健福祉総合センター

厚岸町保健福祉課 介護保険係 電話 (0153) - 53- 3333

所得段階別保険料(基準額は4段階をいいます。)

段階区分	段階要件及び算定方法	保険料率
第1段階	生活保護の受給者・老齢福祉年金の受給者で、本人及び世帯全員が町民税非課税の人 (基準額×0.5)	円
第2段階	本人及び世帯全員が町民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下の人 (基準額×0.5)	円
特例第3段階	本人及び世帯全員が町民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が120万円以下の人 (基準額×0.69)	円
第3段階	本人及び世帯全員が町民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が120万円を超える人 (基準額×0.75)	円
特例第4段階	本人が町民税非課税(世帯内に町民税課税者がいる場合)で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人 (基準額×0.9)	円
第4段階	本人が町民税非課税(世帯内に町民税課税者がいる場合)で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円を超える人 (基準額×1.0)	円
第5段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が190万円未満の人 (基準額×1.25)	円
第6段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が190万円以上250万円未満の人 (基準額×1.45)	円
第7段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が250万円以上500万円未満の人 (基準額×1.5)	円
第8段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が500万円以上の人 (基準額×1.75)	円

を

(裏面)

所得段階別保険料(基準額は5段階をいいます。)

段階区分	段階要件及び算定方法	保険料率
第1段階	○生活保護の受給者 ○老齢福祉年金受給者で、世帯全員が町民税非課税 ○世帯全員が町民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下(基準額×0.45)	円
第2段階	世帯全員が町民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円を超え120万円以下 (基準額×0.69)	円
第3段階	世帯全員が町民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が120万円を超える (基準額×0.75)	円
第4段階	世帯内に町民税課税者がいるが本人は町民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下 (基準額×0.9)	円
第5段階	世帯内に町民税課税者がいるが本人は町民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円を超える (基準額×1.0)	円
第6段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が120万円未満 (基準額×1.2)	円
第7段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が120万円以上190万円未満 (基準額×1.3)	円
第8段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が190万円以上250万円未満 (基準額×1.45)	円
第9段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が250万円以上290万円未満 (基準額×1.5)	円
第10段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が290万円以上500万円未満 (基準額×1.65)	円
第11段階	本人が町民税課税で、合計所得金額が500万円以上 (基準額×1.75)	円

この納入通知書について疑問や、不明な点があるとき、または保険料率の算定や内容をお聞きになるとき、あるいは紛失したり汚損のため、再発行を要する場合は、下記にご連絡ください。

088-1119 北海道厚岸郡厚岸町住の江1丁目2番地 厚岸町保健福祉総合センター

厚岸町保健福祉課 介護保険係 電話 (0153) - 53- 3333

に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第12条の次に1条を加える改正規定、第17号様式の改正規定、第18号様式の次に1様式を加える改正規定及び第25号様式の改正規定は、平成27年8月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に利用した介護サービスの取扱いについては、なお従前の例による。