

平成 29 年 4 月から制度の内容が変わります。



# 介護サービス利用者負担の軽減事業

## ■対象となる介護サービス

総合事業を追加

ホームヘルプサービス・・・訪問介護、介護予防訪問介護、総合事業の訪問型サービス

デイサービス・・・・・・・・通所介護・地域密着型通所介護、介護予防通所介護  
総合事業の通所型サービス

## ■対象者 和寒町に住所を有する方で、生活保護を受けていない方

軽減の対象者は、和寒町に住所がある方に限ります。

## ■所得要件 世帯全員が住民税非課税 (介護保険料の所得段階区分が第1～3段階に該当する方が対象となります。)

所得税から**住民税**に変わりました。

**特例措置** 旧制度からの変更に伴い、2年間に限り、激変緩和の措置を行います。

◆認定の対象範囲と有効期限◆

	H29.4	H29.8	H30.8	H31.8
介護保険料の所得段階区分	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
		第1～5段階	第1～4段階	第1～3段階
				対象外
			対象外	

■平成30年7月31日迄 第1～5段階に該当する方  
■平成31年7月31日迄 第1～4段階に該当する方

※第4段階：世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額が80万円以下の方

※第5段階：世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人は非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額が80万円超の方

## ■軽減の内容 利用者負担の10分の4を軽減 ※食費は対象となりません。

例) 要介護1、健楽苑を週2回利用の場合：利用者負担 **5,422円**が **3,254円**に軽減

## ■旧制度の取り扱い

- ・旧制度により交付した認定証（オレンジ色）は、新制度で認定したものとみなします。  
有効期限は「6月30日」と記載されているものを「7月31日」と読み替えてください。
- ・平成28年の課税状況により非認定となった方も、4月1日以降は対象となる場合がありますので、「介護保険料額決定通知書」をご覧ください。

問合せ先：和寒町保健福祉課 TEL 0165-32-2000

# ■ 介護保険サービス事業所の皆様へ

## (1) 対象者の確認方法


・・・介護サービスを利用している被保険者のうち、次のどちらかに該当する場合は、和寒町の利用者負担軽減を受けられる者となります。

①「利用者負担軽減認定証」で確認・・・オレンジ色の認定証の提示を受けてください。


【平成 29 年 4 月以降の新規認定者】

②「介護保険負担割合証」で確認・・・利用者負担割合の下部に軽減事業の対象であるオレンジ色のシールを貼ってあります。【平成 29 年 8 月以降】

利用者負担軽減認定証（新）

介護サービス利用者負担軽減認定証 <small>訪問介護・通所介護（介護予防・総合事業を含む。）</small>	
交付年月日 平成 29 年 4 月 3 日	
対象者	被保険者番号
	住所 和寒町字 フリカナ
	氏名
	生年月日 年 月 日
	認定期間 平成 29 年 4 月 1 日から 平成 29 年 7 月 31 日まで
減額認定事項	利用者負担の 10 分の 4
保険者番号 並びに 保険者の名称 及び印	和寒町特別対策事業 0 1 4 6 4 7  和寒町

介護保険負担割合証


介護保険負担割合証	
交付年月日 平成 29 年 1 月 20 日	
被 保 険 者	番 号
	住 所
	フリカナ 氏 名
生年月日	昭和 18 年 6 月 2 日 性別 男
利用者負担の割合	適 用 期 間
1 割	開始年月日 平成 28 年 8 月 1 日 終了年月日 平成 29 年 7 月 31 日
利用者負担	和寒町介護サービス利用者負担軽減事業 の 4/10 <small>【訪問介護・通所介護（介護予防・総合事業を含む。）】</small>
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	0 1 4 6 4 7  和寒町 上川郡和寒町字西町 1 2 0 番地 電話 0165-32-2421

オレンジ色のシール

## (2) 旧認定証の取り扱い

※旧制度により交付した認定証は、新制度で認定したものとみなします。  
その際、有効期限は、「平成 29 年 6 月 30 日」と記載されていますが、  
「平成 29 年 7 月 31 日」と読み替えてください。

利用者負担軽減認定証（旧）

介護保険利用者負担割合認定証 <small>（介護保険法施行時以降の訪問介護・通所介護の利用者負担軽減措置）</small>		
交付年月日 平成 28 年 7 月 1 日		
被 保 険 者 番 号	番 号	
	住 所	
	フリカナ	
	氏 名	
	生年月日	
適用年月日	平成 28 年 7 月 1 日から	
有効期限	平成 29 年 6 月 30 日まで	
減 額 認 定 事 項	受給者番号	151
	給付率	特別対策 6/100 (保険給付 90/100 町負担 4/100)
保険者番号並びに 保険者の名称 及び印	和寒町特別対策事業 0 1 4 6 4 7  和寒町	

## (3) 利用者負担軽減補助金の請求方法

・・・2 種類の方法から選択してください。

複数月分をまとめて町に請求いただいても構いません。

### ① 現物給付

事業所は、利用者負担から認定証に記載された軽減額を減じた 6% を利用者から受領し、事業所から町へ軽減分 4% を請求する方法

【必要書類：請求書（参考様式）、サービスの提供及び利用者負担のわかる明細】

### ② 償還払い

事業所は、利用者負担（10%）を本人から受領し、町軽減分 4% は、利用者が町に請求する方法。

【必要書類：交付申請書（別記様式第 4 号）、請求書、サービスの提供及び利用者負担のわかる明細】



問合せ先：和寒町保健福祉課 TEL 0165-32-2000