

介護保険

居宅サービス利用者負担の軽減について

要支援・要介護の認定者または事業対象者で、生活が困窮していると認められる方は、次のとおり介護保険の居宅サービス利用料等を軽減します。

軽減の内容

利用者負担額（利用料の10%相当分）→ 5%を超える額
食費 → 50%を超える額
滞在費 → 50%を超える額

軽減の対象サービス

- | | |
|---------------|-------------------------|
| ① 訪問介護 | ⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| ② 訪問入浴介護 | ⑫ 夜間対応型訪問介護 |
| ③ 訪問看護 | ⑬ 地域密着型通所介護 |
| ④ 訪問リハビリテーション | ⑭ 認知症対応型通所介護 |
| ⑤ 居宅療養管理指導 | ⑮ 小規模多機能型居宅介護 |
| ⑥ 通所介護 | ⑯ 認知症対応型共同生活介護（短期利用に限る） |
| ⑦ 通所リハビリテーション | ⑰ 看護小規模多機能型居宅介護 |
| ⑧ 短期入所生活介護 | ⑱ 第1号訪問事業 |
| ⑨ 短期入所療養介護 | ⑲ 第1号通所事業 |
| ⑩ 福祉用具貸与 | |
- ※②～⑤、⑦～⑩、⑭～⑯は介護予防を含みます。

軽減の対象者

- ① 市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者
- ② 次の全ての要件に該当している方（別世帯の同一生計者がいる場合は世帯員を含む。）
 - ・世帯の合計した年間収入見込額が生活保護基準額以下
 - ・世帯全員が活用出来る資産（居住用財産は除く）を所有していない
 - ・世帯全員の預貯金額合計がその世帯の年間の生活保護基準額の2倍以下
 - ・負担能力のある親族等に扶養されていない※税法上の扶養親族となっている場合を含む。
 - ・申請時において介護保険料に滞納がない※生活保護受給者は対象となりません。（保護停止中の場合も含む。）

申請手続

| | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請に必要なもの | ① 印鑑（世帯全員分） ② 年金振込通知書など、世帯全員の収入状況が確認できる書類 ③ 健康保険証（コピー可） ④ 固定資産税納税通知書、預貯金通帳など世帯全員の資産の状況が確認できる書類 ⑤ 健康保険料・介護保険料・医療費・介護保険利用料・家賃など必要経費の領収書・障害者手帳（お持ちの方） |
| 申請の受付場所 | 介護保険課（市役所総合庁舎2階） |
| 軽減の受け方 | 負担軽減認定証をお送りしますので、担当のケアマネジャー及びサービス提供事業者に提示してください。 |

【手続に必要な書類】

1 「居宅サービス利用者負担軽減認定申請書」

2 「収入状況等申告書」

※必ず世帯員全員の収入状況(収入額, 年金額等)及び資産状況(預貯金額, 居住用以外の財産所有の有無, その他の資産の所有状況の有無)について記載願います。

3 資産調査の「承諾書」

※必ず世帯員全員の氏名の記入と押印をお願いします。(スタンプ印は不可。)
(印鑑は各人のものを押印してください。)

4 収入状況の確認に必要な書類(世帯全員分) ※(1)又は(2)を御持参ください。

(1) 最近の1か月の収入額が分かる書類

- ・年金改定通知書
- ・年金の支払通知ハガキ
- ・給与明細票 など

※これらは最新のものをお持ちください。

※通帳に記載されている額(振込額)は, 控除等がされているため, 実際の収入額とは異なりますので, 必ず収入の確認できる書類をお持ちください。

(2) 年間の収入額が分かる書類

- ・年金の源泉徴収票(令和▲▲年分)
- ・給与の源泉徴収票(令和▲▲年分)
- ・確定申告書 など

5 資産状況の確認に必要な書類(世帯全員分)

・預貯金通帳等(口座を持っている金融機関すべてのもの。定期預金等の証書がある場合はそれについても必要です。)(必ず記帳して最新の状態にしたものをお持ちください。)

※通帳については, 過去1年間分の出入金の内容の確認が必要です。通帳が繰越しされている場合は, 繰越し前の通帳も御持参ください。

※コピーを持参される場合は, 金融機関名及び口座名義人が記載されているページも写しが必要です。

・固定資産税納税通知書(固定資産がある場合のみ) など

※コピーを持参される場合は, 納税義務者(表紙), 年税額, 課税明細が記載されているページの写しが必要です。

6 健康保険証, 障害者手帳(障害者手帳はお持ちの方のみ)

7 必要経費の領収書など

家賃, 健康保険料, 介護保険料, 医療費(入院分は除く。), 介護保険利用料など
最近の3か月間に支払った分をお持ちください。(1年間分がなくても可)

居宅サービス利用者負担額軽減認定申請書

(窓口に来られた方) 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 (_____) _____
 被保険者との関係 _____

年 月 日

(宛先) 旭 川 市 長

旭川市介護保険居宅サービス利用者負担額軽減事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり居宅サービス利用者負担額軽減の認定を申請します。

(太枠内を記入してください)

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 被 保 険 者 番 号 | |
| 個 人 番 号 | |
| フリガナ | |
| 被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名 | |
| 要介護状態区分等(○で囲む) | 要支援 (1 2) ・ 要介護 (1 2 3 4 5) |
| 住 所 | 〒 _____ 電話 (_____) |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 助成の認定を申請する事由 | 1 老齢福祉年金受給 2 境界層適用 3 その他生活困窮 |
| 現在利用している 居宅サービス | サービス種類 |
| | サービス事業者名 |
| | |
| | |

旭川市記入欄

| | |
|-----------|-----|
| 交 付 年 月 日 | 備 考 |
| 年 月 日 | |
| 適 用 年 月 日 | |
| 年 月 日から | |
| 有 効 期 間 | |
| 年 月 日まで | |

収入状況等申告書

被保険者本人及びその世帯に属する全員について記入してください。また、「※」の欄は該当するものに○をつけてください。

| | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1 世帯員氏名 | (本人) | | |
| 2 収入の有無 ※ 収入がない場合は、その理由を記入。(義務教育終了前の者の理由は不要。) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | [理由] | [理由] | [理由] |
| 年金など ※ | 老齢年金 ・ 障害年金 遺族年金 ・ 恩給 老齢福祉年金 特別障害者手当 その他 () | 老齢年金 ・ 障害年金 遺族年金 ・ 恩給 老齢福祉年金 特別障害者手当 その他 () | 老齢年金 ・ 障害年金 遺族年金 ・ 恩給 老齢福祉年金 特別障害者手当 その他 () |
| | [年額] 円 | [年額] 円 | [年額] 円 |
| 給与 (年額) | 円 | 円 | 円 |
| | [勤務先] | [勤務先] | [勤務先] |
| 仕送り (年額) | 円 | 円 | 円 |
| | [説明] | [説明] | [説明] |
| その他収入 | 円 | 円 | 円 |
| | [説明] | [説明] | [説明] |
| 年間収入合計 | 円 | 円 | 円 |
| 3 預貯金の有無 ※ | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| 金融機関名と 差引残高 (お持ちの通帳すべて) | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 | 円 |
| 預貯金合計 | 円 | 円 | 円 |
| 4 資産の有無 ※ | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| 土地 (居住用以外) | [所在地] | [所在地] | [所在地] |
| | [状況] | [状況] | [状況] |
| 家屋 (居住用以外) | [所在地] | [所在地] | [所在地] |
| | [状況] | [状況] | [状況] |
| その他 ※ | 有価証券 (小切手, 株券等) 債券 その他 () | 有価証券 (小切手, 株券等) 債券 その他 () | 有価証券 (小切手, 株券等) 債券 その他 () |
| 5. 被扶養状況 ※ 扶養されている場合、 扶養している者の氏名を 記入。 | 扶養されていない 扶養されている | — | — |
| | [扶養者氏名] | — | — |
| 備考 | | | |

※添付書類

- ・ 世帯全員の収入がわかるもの (年金決定通知書, 源泉徴収票, 確定申告書等)
- ・ 世帯全員の預貯金・資産等の状況がわかるもの
(1年間の出入金がわかる預金通帳のコピー, 固定資産納入通知書, 有価証券のコピー等)
- ・ 健康保険証
- ・ 世帯全員の必要経費の領収書
(健康保険料・介護保険料の納付書, 医療費・介護保険利用料・家賃の直近3か月程度の領収書)
- ・ 障害者手帳 (世帯に障害の認定を受けている方がいる場合のみ)

承 諾 書

(宛先) 旭川市長

私は、旭川市が行う介護保険に係る減免等の申請に関して、旭川市が収入、預貯金の状況並びに資産等の所有状況について、税担当部署、郵便局及び銀行その他関係機関に照会することについて承諾します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印