

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室） 御中

← 厚生労働省 老健局 介護保険計画課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

- ・ 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証
（特例措置対象者）の記載例について
計2枚（本紙を除く）

Vol. 336

平成25年7月12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
ようよろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線2164)
FAX：03-3595-4010

事 務 連 絡
平成 25 年 7 月 12 日

各都道府県介護保険主管部（局） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証（特例措置対象者）の
記載例について

介護保険制度の円滑な運営につきましては、平素より格別の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度については、「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」の一部改正について」（平成 25 年 5 月 24 日付け老発第 0524 第 5 号厚生労働省老健局長通知）により、平成 25 年 8 月 1 日施行の生活扶助基準等の改正に伴う特例措置をお示ししているところです。これに関しては、現行の「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証」の様式を活用しつつ、減額割合については特例措置の記載をしていただくこととなりますが、参考に記載例を別添のとおり作成致しましたので、御了知の上、管内市町村（特別区、一部事務組合及び広域連合を含む）及び管内社会福祉法人等に対して周知方よろしくお願い致します。

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証－特例措置対象者の割合の記載例－

(表 面)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)											
交付年月日 平成 年 月 日											
確認番号											
受給者	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							
介護保険被保険者番号 (被保険者のみ記載)											
適用年月日		平成 年 月 日から									
有効期限		平成 年 月 日まで									
減額割合		／100 (居住費については 100／100)									
発行機関名 及び印		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

(裏 面)

注 意 事 項

一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。

二 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護です。

三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。

四 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額(日常生活に要する費用については食費及び居住費に限る)が、表面に記載されている減額割合により減額されます。

五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなつたとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、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。

六 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。

七 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。

備考 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。

発行機関名及び印の項内には、事業実施主体である市町村の市町村コードを記載すること。

別添