

# 要介護(要支援・事業対象者)認定を受けている皆様へ

介護サービスを利用するときは

**「介護保険負担割合証」**が必要です。

- 「介護保険負担割合証」は、介護サービスを利用するときの負担割合を示したものです。一定以上の年金収入や所得がある方は、負担割合が2割または3割になります。(詳しくは裏面をご覧ください)
- 介護サービスを利用するときは、介護保険の被保険者証と一緒に、負担割合証を、事業所や施設に提示してください。



## 適用期間

8月1日～翌年7月31日 (毎年7月下旬に、送付します)

## 再判定

負担割合の再判定により、負担割合が変更になる場合があります

住民税の所得更正による場合



直近の8月にさかのぼって変更されます  
(税の遡及に応じて、時効の範囲内でさらにさかのぼることもあります)

世帯員の転出入や死亡などにより世帯内の第1号被保険者数が変わることに伴う場合



当該事実があった月の翌月初日から変更されます

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の方)が、第1号被保険者(65歳以上の方)となり、判定により2割または3割になる場合



65歳到達月の翌月初日から変更されます  
(誕生日が1日の方は、その月から変更されます)

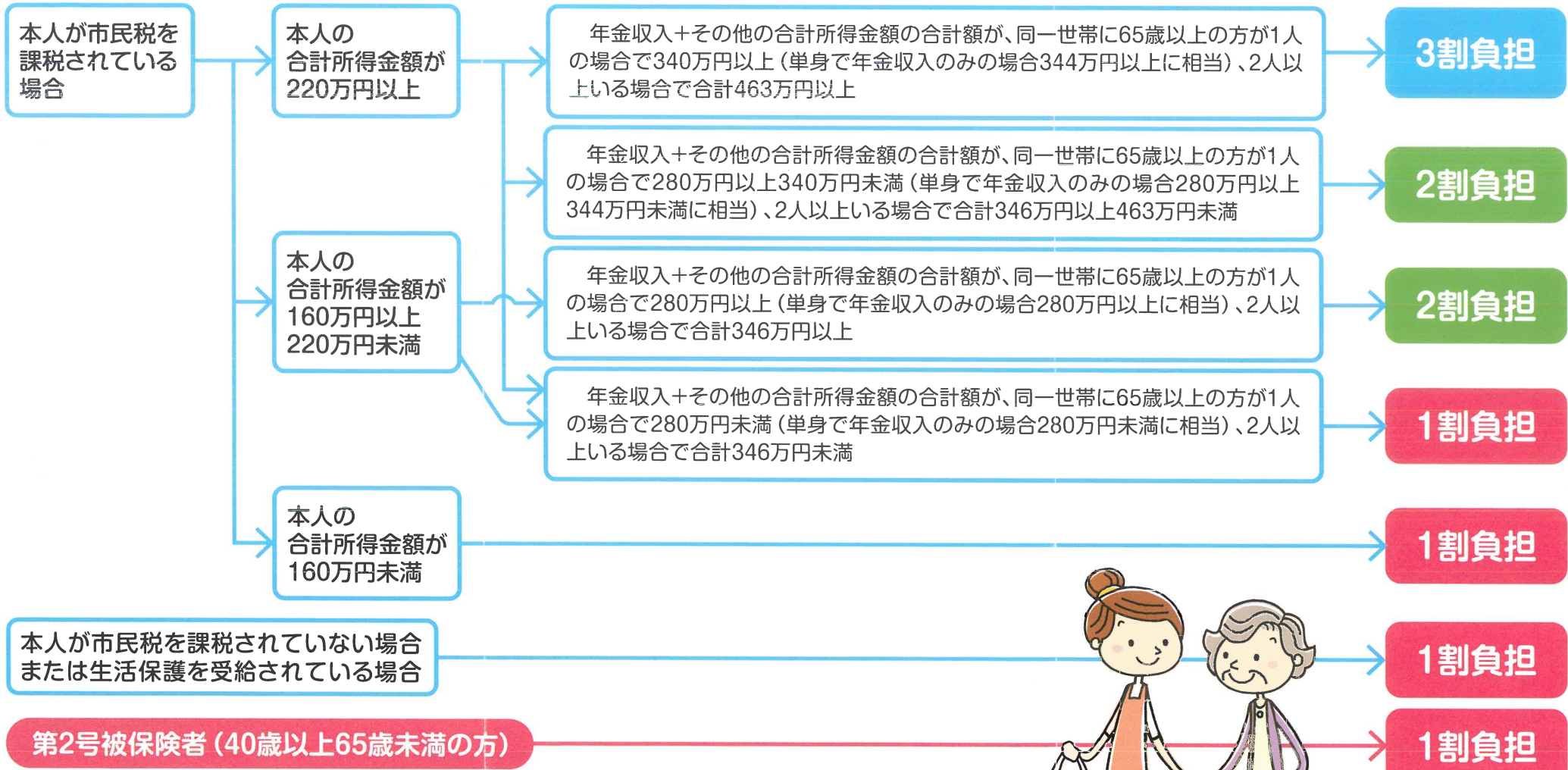


負担割合証(見本)

| 介護保険負担割合証         |                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 交付年月日 _____       |                                                                                                                                                                                                        |
| 被<br>保<br>険<br>者  | 番 号                                                                                                                                                                                                    |
|                   | 住 所                                                                                                                                                                                                    |
|                   | フリガナ                                                                                                                                                                                                   |
|                   | 氏 名                                                                                                                                                                                                    |
|                   | 生年月日 _____ 性別 _____                                                                                                                                                                                    |
| 利用者負担の割合          | 適用期間                                                                                                                                                                                                   |
| 割                 | 開始年月日 _____<br>終了年月日 _____                                                                                                                                                                             |
| 割                 | 開始年月日 _____<br>終了年月日 _____                                                                                                                                                                             |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 10px;">212019</div> </div> <p><b>岐阜市</b><br/>岐阜市今沢町18番地<br/>電話(058)265-4141(代表)</p> |

## 介護サービスの利用者負担割合

### 第1号被保険者（65歳以上の方）



※介護保険料の滞納がある方は、給付制限により3割または4割負担となる場合があります。

※2割負担から3割負担になった方であっても、月々の利用者負担額には上限があり、上限を超えて支払った分は高額介護サービス費が支給されますので、すべての方の負担が1.5倍になるわけではありません。