

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護保険計画課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

介護保険法施行規則の一部を改正する省令等の  
施行に伴う留意事項について  
計2枚（本紙を除く）

Vol.549

平成28年5月26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  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線2164)

FAX：03-3503-2167

老介発0526第1号  
平成28年5月26日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局介護保険計画課長  
（ 公 印 省 略 ）

介護保険法施行規則の一部を改正する省令等の施行に伴う留意事項について

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

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令等の施行に伴う留意事項について（平成27年3月31日老介発0331第1号）」については、以下の通り一部改正したため、貴職においては、これを御了知の上、管内市町村等に周知徹底をお願いします。

記

「別紙様式2-1」は本通知の別紙のとおり改正する。

(別紙)

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

市(町村)長

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	⑧				個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
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、記載不要です。					
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	個人番号			
	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	<input type="checkbox"/>	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							
	<input type="checkbox"/>	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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。						受給している全ての年金の保険者に〇して下さい	
	<input type="checkbox"/>	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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)						日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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	※内容を記入して下さい	

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) この申請書における「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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等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。