

見本

243-0492

海老名市勝瀬175番地の1

海老名 太郎 様

14215 - 000001

介護保険負担割合証

介護保険のサービスを利用するとき、水色の介護保険被保険者証とは別に、「介護保険負担割合証」の提示が必要です。

左下の「介護保険負担割合証」には、令和7年7月末までのサービス利用時の負担割合が記載されています。

担当のケアマネジャー（地域包括支援センター職員）、介護施設職員等の介護サービス事業者に提示してください。

問い合わせ

海老名市役所 介護保険課

電話 046-235-4952

介護保険負担割合証

交付年月日 令和6年 7月 2日

被 保 険 者	番 号	0000999999		
	住 所	海老名市勝瀬175番地の1		
	フリガナ	エビナ タロウ		
	氏 名	海老名 太郎		
	生年月日	昭和29年 7月30日		
利用者負担の割合	適 用 期 間			
1 割	開始年月日 終了年月日	令和6年 8月 1日 令和7年 7月 31日		
割	開始年月日 終了年月日			
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1 4 2 1 5 8 神奈川県海老名市勝瀬175番地の1 海老名市			

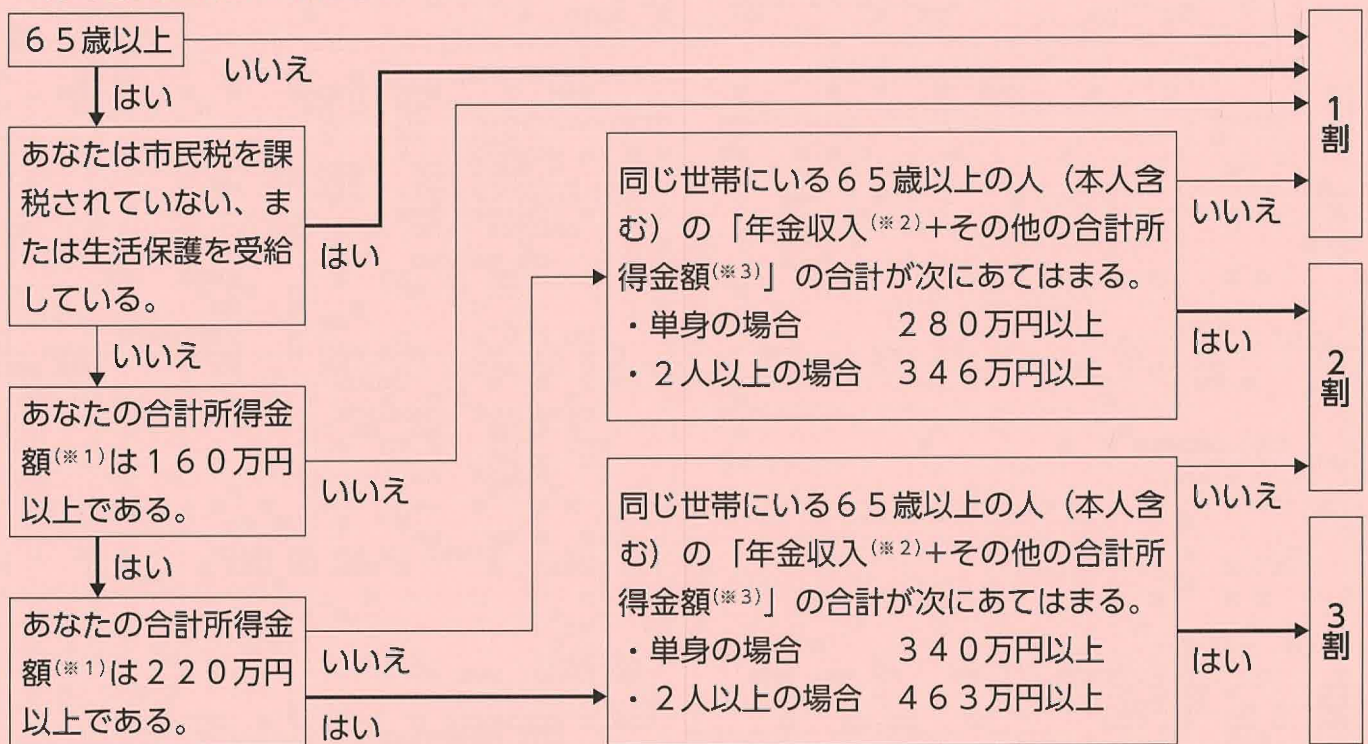
(切り離して使用してください)

●左の介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」の欄に記載されている「1割」「2割」または「3割」があなたの利用者負担割合になります。

●負担割合は、世帯ごとではなく、個人ごとに決まります。

●利用者負担割合の判定基準については裏面を参照ください。

<利用者負担割合の判定基準>



※1 合計所得金額・・・収入金額から必要経費に相当する額を差し引いた金額のことで、扶養控除や医療費控除などの所得控除をする前の金額です。なお、この判定においては、合計所得金額から分離課税の長（短）期譲渡所得の特別控除額を控除した額を用い、給与所得または公的年金所得が含まれている場合は、給与所得または公的年金所得の合計から10万円を控除した額を用います。（合計所得金額が0円を下回る場合は、0円とします。）

※2 年金収入・・・公的年金等の収入金額です。

※3 その他の合計所得金額・・・合計所得金額から分離課税の長（短）期譲渡所得の特別控除額と公的年金等の雑所得を控除した額を用い、給与所得が含まれている場合は、給与所得から10万円を控除した額のことをいいます。（合計所得金額が0円を下回る場合は、0円とします。）

注 意 事 項

- 一 介護サービス又は介護予防・生活支援サービスの事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口提出してください。
- 二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービスの事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額を支払いいただきます。（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）
- 三 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証を海老名市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 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、海老名市にその旨を届け出てください。
- 五 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。
- 六 利用時支払額を三割（「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付額減額）を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。