

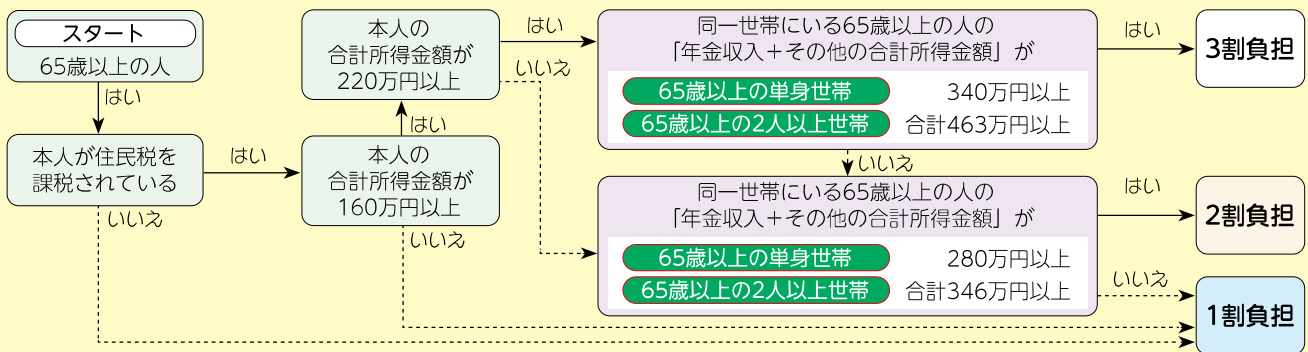
# 介護サービスの利用者負担

## ●利用者負担割合

介護サービスを利用したときは、実際にかかるサービス費用の1割～3割を支払います。利用者負担の割合は前年の所得等に応じて決まります。原則、本人の所得で決まるため、同じ世帯でも負担割合が異なることがあります。

### <利用者負担割合の判定の流れ>

3割	次の①②の両方に該当する場合 ①本人の合計所得金額が220万円以上 ②同一世帯にいる65歳以上の人の「年金収入+その他の合計所得金額」が、65歳以上の人が1人の世帯の場合340万円以上、65歳以上の人が2人以上世帯の場合463万円以上
2割	「3割」に該当しない人で、次の①②の両方に該当する場合 ①本人の合計所得金額が160万円以上 ②同一世帯にいる65歳以上の人の「年金収入+その他の合計所得金額」が、65歳以上の人が1人の世帯の場合280万円以上、65歳以上の人が2人以上世帯の場合346万円以上
1割	上記以外の人 (住民税非課税の人、生活保護受給者、第2号被保険者は、上記にかかわらず1割負担)



※「合計所得金額」とは、収入から公的年金等控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額。土地等の売却等により長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額がある場合は、合計所得金額から特別控除額を控除して得た額とします。

※「その他の合計所得金額」は、合計所得金額から年金の雑所得を除いた所得金額をいいます。

## ●介護保険負担割合証

利用者負担割合を確認する証として、「介護保険負担割合証」を要介護・要支援認定を受けている方及び事業対象者に毎年7月下旬にお送りします。介護サービスを利用する際には、被保険者証と併せてサービス事業者等へ提示してください。

介護保険負担割合証	
交付年月日	
被保険者	番号
	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日
利用者負担割合	適用期間
割	開始年月日
	終了年月日
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 5 1 0 0 1 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話(025)228-1000(大代表) 新潟市

●負担割合(1割～3割)が記載されます

●負担割合の適用期間が記載されます

●住所はお手数ですがご自分で記入してください

●氏名、フリガナ、生年月日などに誤りがないかを確認してください

●裏面の注意事項をよくお読みください