



保険者記入欄

<input type="checkbox"/>	<p><b>生活保護受給者</b>                      (短期入所生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人福祉施設サービス(介護予防を含む)の個室(従来型個室・ユニット型個室的多床室・ユニット型個室に限る)の居住費を全額軽減)</p>	1割負担 食費 居住費	(保護) (保護) 100/100
<input type="checkbox"/>	<p>生活扶助基準見直しに伴う特例措置対象者(次の要件を満たすもの)</p> <p><input type="checkbox"/> 平成25年8月1日又は平成26年4月1日施行の生活扶助基準の見直しに伴い、生活保護が廃止されたもの</p> <p><input type="checkbox"/> 廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護(予防)サービスの支給により居住費の利用者負担がなかったもの</p> <p><input type="checkbox"/> 引き続き本事業の軽減対象者に該当する</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 100/100
<input type="checkbox"/>	<p>在宅サービス(次の項目の要件をすべて満たすもの)</p> <p><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯</p> <p><input type="checkbox"/> ア) 年間収入が単身世帯で150万円以下である者                      ※世帯員1名増える毎に50万円を加算した額以下であること                      年間収入額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> イ) 預貯金等の額が単身世帯で350万円以下である者                      ※世帯員1名増える毎に100万円を加算した額以下であること                      預貯金額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> ウ) 日常生活に供する資産以外の資産がない者</p> <p><input type="checkbox"/> エ) 負担能力のある親族に扶養されていない                      税法上の扶養控除(有・無) ※有の場合( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> オ) 介護保険料の滞納がない</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 25/100
	<p>上記の要件を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護を利用しており、かつ、特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を受けていない                      (支給されていない場合は、食費および居住費(滞在費)は減額対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 減額なし 減額なし
	<p>上記の基準を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階で、かつ、つぎのサービス利用がある                      定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス (該当する場合は利用者負担額は減額の対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	減額なし 25/100 25/100
<input type="checkbox"/>	<p>施設サービス(次の項目の要件をすべて満たすもの)</p> <p><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯</p> <p><input type="checkbox"/> ア) 年間収入が単身世帯で150万円以下である者                      ※世帯員1名増える毎に50万円を加算した額以下であること                      年間収入額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> イ) 預貯金等の額が単身世帯で350万円以下である者                      ※世帯員1名増える毎に100万円を加算した額以下であること                      預貯金額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> ウ) 日常生活に供する資産以外の資産がない者</p> <p><input type="checkbox"/> エ) 負担能力のある親族に扶養されていない                      税法上の扶養控除(有・無) ※有の場合( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> オ) 介護保険料の滞納がない</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 25/100
	<p>上記の要件を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護福祉施設サービスを利用しており、かつ、特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を受けていない                      (支給されていない場合は、食費および居住費(滞在費)は減額対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 減額なし 減額なし
	<p>上記の基準を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階で、かつ、つぎのサービス利用がある                      指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設 (該当する場合は利用者負担額は減額の対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	減額なし 25/100 25/100
<input type="checkbox"/>	<p><b>高齢福祉年金受給者</b> (上記減額割合の「25/100」を「50/100」とする)</p>		