

平成 28 年 6 月 30 日

岩国薬剤師会  
会長 渡 辺 宗 男 様

岩国市健康福祉部介護保険課長

介護保険負担割合証の確認について（お願い）

平素から、本市の介護保険事業に対しご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 27 年 8 月から発行しています介護保険負担割合証の有効期間が 7 月 31 日で終了するため、新たに平成 28 年 8 月から適用の介護保険負担割合証を対象者に対し、7 月 15 日（金）に送付する予定です。

つきましては、別添により薬局へ周知していただきますようお願いいたします。

お問い合わせ先

〒740-8585

岩国市今津町一丁目 14 番 51 号

岩国市役所介護保険課給付班 金子

TEL 0827-29-2544

平成 28 年 6 月 30 日

市内居宅療養管理指導事業所 御中

岩国市健康福祉部介護保険課

介護保険負担割合証の確認について（お願い）

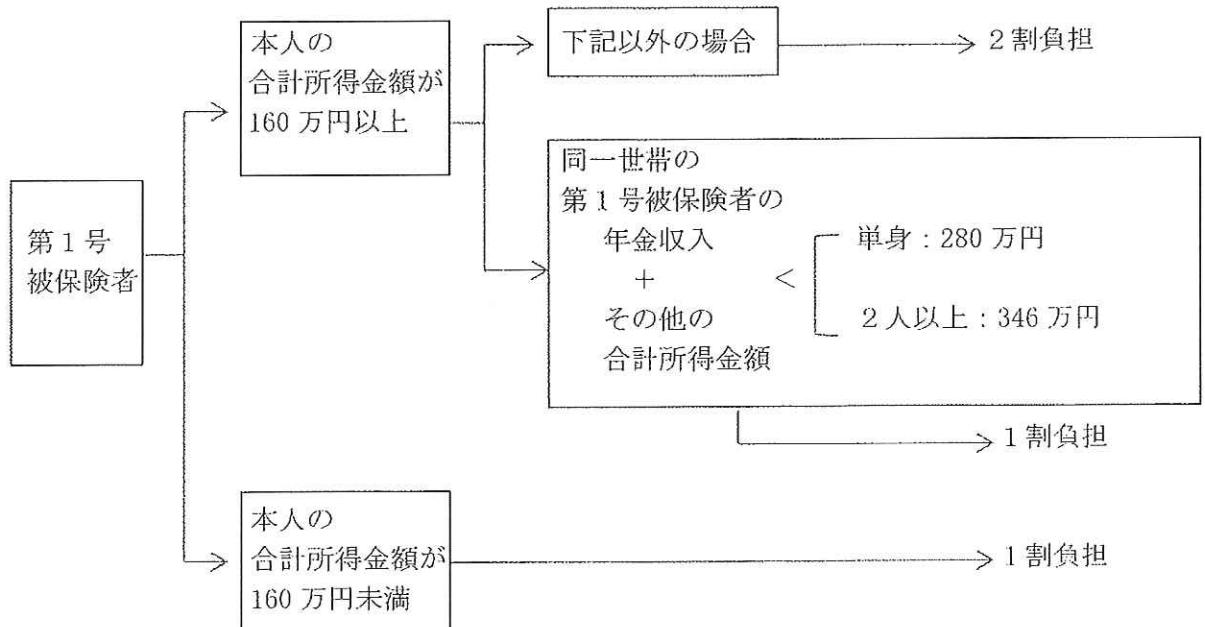
平素から、本市の介護保険事業に対し格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。  
標記の件につきまして、要介護・要支援認定を受けている被保険者（8月以降の認定がない方は除く）及び事業対象者へ平成 28 年 8 月から適用の「介護保険負担割合証」を平成 28 年 7 月 15 日（金）に送付する予定です。※割合証の色はあさぎ色で、青色の封筒で送付します。

つきましては、介護保険サービスとしての居宅療養管理指導を実施された場合には、被保険者に届いた介護保険負担割合証により、1割もしくは2割の負担割合を必ず確認していただきますようお願いいたします。

なお、取り扱いについては下記のとおりとしますので、よろしく申し上げます。

記

1. 判定基準



2. 適用期間

平成 28 年 8 月 1 日から平成 29 年 7 月 31 日まで

3. 適用期間中の負担区分の変更について

(1) 世帯異動による負担割合の変更

世帯員の転出入、死亡、第1号被保険者数の変更により負担割合が変更になる場合は、当該事実があった月の翌月初日から変更。ただし、当該日が月の初日の場合は、その月から負担割合を変更する。

(2) 所得更正による負担割合の変更

所得更正により負担割合が変更になった場合は、直近の8月まで遡って負担割合が変更になります。その場合は、保険者と被保険者との間で、追加支給（2割→1割）や返還請求（1割→2割）を行います。個々に状況が異なるため対応について協議させていただく場合がありますのでご協力をお願いします。

4. 7月以降に認定された方について

(1) 7月に新規申請で認定された方及び事業対象者になられた方は、27・28年度分の2年分を送付します。

・27年度分（適用期間平成28年7月末まで）

→ 認定結果通知と一緒に負担割合証を送付

・28年度分（適用期間平成28年8月から）

→ 7月15日までに認定結果が出た方は、7月15日に送付

それ以降は、認定結果通知と一緒に送付

(2) 7月15日以降に更新申請で認定された方は、28年度分のみ送付します。

・28年度分（適用期間平成28年8月から）

→ 認定結果通知と一緒に送付

お問い合わせ先

〒740-8585 岩国市今津町一丁目14番51号

岩国市 健康福祉部 介護保険課 給付班

TEL 29-2544