

老総発 1225 第 2 号
老介発 1225 第 1 号
老高発 1225 第 1 号
老認発 1225 第 1 号
老老発 1225 第 1 号
令和 2 年 12 月 25 日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局）長 殿
中 核 市

厚生労働省老健局総 務 課 長
（ 公 印 省 略 ）
介 護 保 険 計 画 課 長
（ 公 印 省 略 ）
高 齢 者 支 援 課 長
（ 公 印 省 略 ）
認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）
老 人 保 健 課 長
（ 公 印 省 略 ）

押印を求める手続の見直し等のための「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」等の一部改正について

規制改革実施計画（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）において、「原則として全ての見直し対象手続について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通

達等の改正やオンライン化を行う」こととされていること等を踏まえ、押印を求めている手続を見直すため、下記のとおり、関係通知について押印を不要とする改正を行いますので、御了知の上、管内市町村、関係者、関係団体等にその周知をお願いいたします。

記

第1 関係通知の改正

- 1 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について（平成12年3月8日老企第41号）の別紙2及び別紙26の一部改正

別紙1のとおり改正する。

- 2 高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について（平成21年1月16日老介発第0116001号）の別添1及び別添4の一部改正

別紙2のとおり改正する。

※ 医療保険者を介して提出される様式であるため、適用時期については、各医療保険者によるもの。

- 3 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）の別紙様式2－1及び別紙様式2－2の一部改正

別紙3のとおり改正する。

第2 経過措置

- 1 本通知による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、本通知による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分

の間、例えば、手書きによる打ち消し線を引くなど、これを修正して使用することができることとする。

(別紙)

介護保険負担限度額認定申請書

別紙 3

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			個人番号															
生年月日	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 (※)	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	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	☐	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																	
	☐	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。																	
	☐	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)																	
預貯金等に関する申告	☐	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。

同 意 書

市(町村)長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市(町村)長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名