

「国が定める利用者負担限度額段階（第 1 ～ 3 段階）」 に該当する利用者等の負担額

- 利用者負担は、所得などの状況から第 1 ～ 第 4 段階に分けられ、国が定める第 1 ～ 第 3 段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第 1 ～ 第 3 段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第 4 段階」の利用料をお支払いいただくこととなります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- 利用者負担第 1 ・ 第 2 ・ 第 3 段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第 1 ・ 第 2 ・ 第 3 段階にある次のような方です。
 - 【利用者負担第 1 段階】
生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
 - 【利用者負担第 2 段階】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が 80 万円以下の方
 - 【利用者負担第 3 段階】
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、利用者負担第 2 段階以外の方（課税年金収入額が 80 万円超 266 万円未満の方など）
- 利用者負担第 4 段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第 3 段階」の利用料負担となります。
- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

介護老人保健施設リーブズのサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書

年 月 日

介護老人保健施設 リーブズ
施設長 中谷 俊彦 殿

<利用者>

住 所

電話番号

氏 名 _____ 印

<保証人>

住 所

電話番号

氏 名 _____ 印

<連帯保証人>

住 所

電話番号

氏 名 _____ 印

利用者との関係 ()

介護老人保健施設の介護予防短期入所療養介護サービスを利用するにあたり、介護老人保健施設リーブズ介護予防短期入所療養介護利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1. 介護老人保健施設リーブズの諸規定を守り、職員の指示に従います。
2. 利用料等の費用の支払いについて、介護老人保健施設リーブズに対し一切迷惑をかけません。

以上

※ 下記の費用につきまして申込の有無をご記入くださいますようお願い致します。

1. 特別な室料利用確認書

ご利用者名 _____

使用品目	単価	月額	申込
個室 A	1, 6 0 0 円	4 8, 0 0 0 円	

平成 年 月 日 担当者 _____