

射水市社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助金交付要綱

平成21年4月1日

告示第62号

改正 平成25年3月19日告示第41号

平成27年7月31日告示第137号

平成27年12月28日告示第228号

射水市社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業補助金交付要綱(平成17年射水市告示第85号)の全部を改正する。

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法(平成9年法律第123号)に基づく介護保険サービスを利用する低所得者の利用者負担を軽減する社会福祉法人等(以下「法人等」という。)に対して、その軽減額の一部を補助することにより、介護保険制度における低所得利用者の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(軽減の申出)

第2条 利用者負担の軽減を行おうとする法人等は、社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書(様式第1号)により、市長に対してその旨の申出を行うものとする。

(軽減対象となるサービス)

第3条 利用者負担の軽減の対象となる介護保険サービス(以下「対象サービス」という。)は、介護保険法に基づく、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)に係る利用者負担額並びに食費、居住費(滞在費)及び宿泊費(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、介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所生活介護に係る食費及び居住費(滞在費)については、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。)に係る利用者負担額とする。

(軽減する対象者)

第4条 法人等が利用者負担を軽減する対象者(以下「軽減対象者」という。)は、市町村民
税世帯非課税者であって、次の各号に掲げる要件のすべてを満たすもののうち、その収
入、世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難なものとして市長が認め
たものとする。ただし、生活保護受給者及び旧措置入所者で利用者負担割合が5パーセン
ト以下のものについては、軽減対象者としない。

- (1) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下
であること。
- (2) 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した
額以下であること。
- (3) 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し
得る資産を所有していないこと。
- (4) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- (5) 介護保険料を滞納していないこと。

(軽減の申請等)

第5条 法人等による利用者負担の軽減を受けようとする者は、社会福祉法人等利用者負担
額軽減対象確認申請書(様式第2号)及び収入等申告書(様式第3号)により市長に申請をする
ものとする。

- 2 市長は、前項の申請に基づき、軽減対象者であると認めるときは、社会福祉法人等利用
者負担額軽減対象決定通知書(様式第4号)により通知するとともに、社会福祉法人等によ
る利用者負担額軽減確認証(様式第5号。以下「確認証」という。)を交付するものとする。
- 3 第2条の申出を行った法人等は、確認証を提示した利用者について、確認証の内容に基
づく利用者負担額の軽減を行うものとする。

(軽減の内容)

第6条 軽減の内容は、利用者負担額の4分の1(老齢福祉年金受給者は2分の1)を原則とし、
免除は行わない。

(その他サービスとの適用関係)

第7条 障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置との適用関係については、ま
ず、支援措置の適用を行った後の利用者負担額に対して、必要に応じ軽減を行うものとす
る。

- 2 介護保険制度における高額介護サービス費、高額介護予防サービス費、高額医療合算介
護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費(以下「高額介護サービス費等」とい

う。)との適用関係については、利用者負担軽減を行った後の利用者負担額により高額介護サービス費等の支給を行うものとする。

- 3 介護保険制度における特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費との適用関係については、特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費の支給後の利用者負担額に対して軽減を行うものとする。

(補助対象及び補助率)

第8条 法人等に対する補助の対象は、当該法人等が利用者負担額を軽減した総額(本市の軽減対象者に係るものに限る。)のうち、当該法人の本来受領すべき利用者負担収入(軽減対象となるものに限る。)に対する1パーセントを除いた額の2分の1とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)における施設サービスに係る軽減総額のうち、法人等が本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が10パーセントを超える部分については、全額補助の対象とする。この場合において、この補助額の算定については、事業所(施設)を単位として行うこととする。

(補助金の交付申請)

第9条 補助金の交付を受けようとする法人等は、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金交付申請書(様式第6号)により、市長に申請しなければならない。

(補助金の交付決定)

第10条 市長は、前条の規定による申請があり、適正であると認めるときは、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金交付決定通知書(様式第7号)により通知するものとする。

(実績報告)

第11条 法人等は、補助事業が完了したときは、完了後10日以内に社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度補助事業実績報告書(様式第8号)を市長に提出しなければならない。

(補助金の確定)

第12条 市長は、実績報告書が提出されたときは、速やかに補助金の額を確定し、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金確定通知書(様式第9号)により通知するものとする。

(補助金の交付)

第13条 補助金は、法人等が当該補助事業を完了した後、その請求により交付する。ただし、市長が特に必要があると認めるときは、補助事業完了前に補助金の全部又は一部を交付することができる。

(その他)

第14条 この要綱に定めのない事項については、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行する。

(経過措置)

2 平成21年4月の介護報酬改定に伴い、利用者負担の急激な増加を抑えるため、平成21年4月1日から平成23年3月31日までの第6条の規定の適用については、同条中「4分の1」とあるのは「28パーセント」と、「2分の1」とあるのは「53パーセント」とする。

附 則(平成25年3月19日告示第41号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(平成27年7月31日告示第137号)

この告示は、公表の日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附 則(平成27年12月28日告示第228号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

年 月 日

射水市長

所在地

申請者

名称




社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

| | | | | |
|--------------|------------|-----------|---------|--|
| 申請者 | フリガナ名 | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー) | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | フリガナ氏名 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) | | |
| 軽減実施予定事業所の状況 | 事業所の名称 | 所在地 | 実施事業の種類 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

様式第2号(第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

| | | | |
|---|--------|--------|------|
| 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 日生 | | |
| 住 所 | 〒 | | 電話番号 |
| 利用者負担額 軽減申請理由 | | | |
| | 氏 名 | 生年月日 | 個人番号 |
| 世帯 構成 | 本 人 | | |
| | 世 帯 員 | | |
| | | | |
| 射水市長 別紙のとおり収入等申告書及び関係書類を添え、社会福祉法人等利用者負担額軽減を申請します。なお、所得状況等の調査を市が行うことに同意します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名  電話番号 | | | |

市記入欄

| 交付年月日 | 年 月 日 | 確認欄 | 決定欄 |
|-------|-------------|---|--|
| 適用年月日 | 年 月 日 から | ①利用者負担段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 第2・3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階以上 ②預貯金等の状況 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ③資産の状況 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ④扶養の状況 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ⑤介護保険料滞納状況 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 利用者負担額減額25% <input type="checkbox"/> 利用者負担額減額50% |
| 有効期限 | 年 月 日 まで | | |

様式第3号(第5条関係)

収入等申告書(社会福祉法人等軽減に係る)

年(1月から12月まで)分の私の世帯の収入等について、次のとおり申告します。

1 世帯の状況・収入

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 収入の種類・年額 | | | |
|------|----|------|----------|----------|-------|-------|
| | | | 年金(種類) | 就労(仕事内容) | その他収入 | 収入総合計 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 世帯合計 | | | | | | 円 |

※障害年金、遺族年金、恩給については、振込み口座の通帳のコピー1年分を添付

2 収入が得られない世帯員がいるとき、名前とその理由(病気など)

3 資産の状況

| 不動産 | 保有状況 | 延べ面積 | 所有者 | 所在地 |
|------------|------|------|-----|-------|
| 自己の居住用宅地 | 有・無 | | | |
| その他の宅地 | 有・無 | | | |
| 田畑、山林、その他 | 有・無 | | | |
| 預貯金等 | 保有状況 | 区分 | | |
| 現金 | 有・無 | 円 | | |
| 預貯金等 | 有・無 | 口座名義 | | 預貯金総額 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| 有価証券 債券 | 有・無 | 種類 | 額 | 評価 |
| | | 種類 | 面 | 概算額 |
| | | | 円 | 円 |

4 あなたの世帯が受けている経済的な援助

| 経済的援助などの項目 | 援助の状況 | 援助などを行っている人(1に○のとき) | | |
|-----------------------------|----------------|---------------------|----|----|
| | | 氏名 | 住所 | 続柄 |
| 1仕送り・贈与等による収入 | 1あり 2なし | | | |
| 2税の申告であなたを扶養にしている人は | 1いる 2いない | | | |
| 3健康保険の保険証の名義人 | 1あなた以外 2あなた | | | |
| 4住居の名義人(所有名義・賃借名義) | 1あなた以外 2あなた | | | |
| 5公共料金(電気・ガス・水道ス・水道)を負担している人 | 1あなた以外 2あなた | | | |

上記のとおり相違ありません。

事実と異なることが判明した場合は、軽減を取り消されても異議ありません。

射水市長

年 月 日

軽減申請者(被保険者)

住所

氏名



様式第4号(第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象決定通知書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

年 月 日

様

射水市長

先に申請のあった、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

| | | | |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
|--------|--|--------|--|

| | |
|---------|---|
| 決定年月日 | 年 月 日 |
| 決定事項 | |
| 1 承認する | 適用年月日 年 月 日(承認内容) 有効期限 年 月 日 確認番号 |
| 1 承認しない | 理由 |

様式第5号（第5条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減確認証
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

交付年月日 年 月 日

| | | | |
|------------|----------|-------|-----|
| 確認番号 | | | |
| 受給者 | 住所 | | |
| | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| 介護保険被保険者番号 | | | |
| 適用年月日 | 年 月 日 から | | |
| 有効期限 | 年 月 日 まで | | |
| 減額割合 | | | |
| 発行機関名及び印 | 射水市 | | |

注意事項

- 1 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者提出してください。
- 2 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）です。
- 3 この確認証は、都道府県に申出のあった事業者のみ有効です。
- 4 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、前面に記載されているそれぞれの減額割合により軽減されます。
- 5 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この確認証を射水市に返してください。また、転出をする際には、この確認証を添えてください。
- 6 この確認証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この確認証を添えて、射水市にその旨を届け出てください。
- 7 不正にこの確認証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

射水市長

社会福祉法人
代表者氏名



年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金交付申請書

年度において、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金の交付を受けたいので、規定により、次のとおり申請します。

- 1 補助事業等の名称
- 2 補助事業等の目的及び内容
- 3 補助事業等の完了年月日(予定) 年 月 日
- 4 交付申請額 金 円
- 5 添付書類 (1) 事業実施調
- (2) 収支予算書
- (3) その他

社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施調

社会福祉法人名

(1) 所要額内訳

| 事業対象となる者の人数 | 対象経費支出予定額内訳(単位:円) | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------|--------------|----------------|------------------|---------------------------|---------------------------|-------------|----------------------|---------|------------|----------|
| | 軽減額 | | | | | | | | | | |
| | 訪問介護 | 通所介護 | 短期入所生活介護 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 夜間対応型訪問介護 | 認知症対応型通所介護 | 小規模多機能型居宅介護 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 複合型サービス | 介護福祉施設サービス | 介護予防訪問介護 |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 対象経費支出予定額内訳(単位:円) | | | | | | | | 事務費等 | | 合計 |
| | 軽減額 | | | | | | | 事務費等 | | 合計 | |
| | 介護予防通所介護 | 介護予防短期入所生活介護 | 介護予防認知症対応型通所介護 | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業 | 第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 | 小計 | 事務費等 | | 合計 | |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |

(注1) 事業対象となる人数には、軽減認定証を発行している人数を記入すること。

(注2) 軽減額には、(2)により算定した金額を記入すること。

様式第7号(第10条関係)

第 号
年 月 日

様

射水市長

年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金交付決定通知書
年 月 日に申請のあった 年度社会福祉法人等による利用者負担額
軽減制度事業補助金申請については、規定により、次のとおり交付することに決定したの
で通知します。

- 1 補助事業の額 金 円
- 2 補助事業等の目的及び内容
- 3 補助事業等の交付条件

様式第8号(第11条関係)

年 月 日

射水市長

社会福祉法人

代表者氏名

㊟

年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度補助事業実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった 年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業について、補助事業等が完了したので、規定により、次のとおり報告します。

- 1 補助事業等の名称
- 2 補助事業等の完了年月日 年 月 日
- 3 補助事業等の交付決定額 円
- 4 補助対象経費の予算額 円
- 5 補助対象経費の実績額 円
- 6 添付書類 (1) 収支決算書
(2) その他

様式第9号(第12条関係)

第 号
年 月 日

様

射水市長

年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金確定通知書

年 月 日付け 第 号で交付決定した 年度
社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業について、年 月 日付け
実績報告に基づき審査した結果、次のとおり補助金等の額を確定したので、規定により、
通知します。

| | | |
|----------------|---|---|
| 1 補助事業等の確定額 | 金 | 円 |
| 2 補助事業等の決定通知済額 | 金 | 円 |
| 3 補助事業等の既交付額 | 金 | 円 |
| 4 補助金等の追加交付額 | 金 | 円 |

様式第1号(第2条関係)

様式第2号(第5条関係)

様式第3号(第5条関係)

様式第4号(第5条関係)

様式第5号(第5条関係)

様式第6号(第9条関係)

様式第7号(第10条関係)

様式第8号(第11条関係)

様式第9号(第12条関係)