

益田市社会福祉法人による利用者負担額軽減制度事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)に基づく介護サービスを行う社会福祉法人(以下「社会福祉法人」という。)が、低所得で特に生計が困難である者及び生活保護受給者の利用者負担額を軽減した場合に、当該軽減した額について助成することにより、介護保険サービスの利用を促進し、もって高齢者福祉の向上を図ることを目的とする。

(助成対象法人)

第2条 助成の対象となる社会福祉法人は、利用者負担額の軽減を行う旨を、島根県知事及び市長に申出をした社会福祉法人(以下「申出法人」という。)とする。

2 申出法人は、利用者負担額の軽減を行うときは、利用者負担額軽減制度事業実施申出書(様式第1号)を市長に提出しなければならない。

(軽減対象者)

第3条 利用者負担額の軽減の対象となる者(以下「軽減対象者」という。)は、市町村民税非課税世帯であって、次に掲げる要件のすべてを満たす者のうち、その者の収入、世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者として市が認めた者及び生活保護受給者とする。

- (1) 年間収入が単身世帯で150万円、単身世帯でない世帯で当該額に世帯員が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、単身世帯でない世帯で当該額に世帯員が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) 世帯員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。

2 前項の規定にかかわらず、介護保険法施行法第13条第5項第1号に規定する食費の特定負担限度額(平成17年厚生労働省告示第417号。以下「厚生労働省告示」という。)本則の表4の項に該当する者、益田市介護保険条例施行規則(平成12年益田市規則第29号)第8条第1項に規定する旧措置入所者で、利用者負担割合が5パーセント以下のもの(ユニット型個室を利用する者を除く。)については、軽減対象者としなない。

(軽減対象サービス及び軽減額)

第4条 利用者負担額の軽減の対象となる費用は、法に基づく訪問介護、通所介

護、短期入所生活介護、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、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(以下「対象サービス」という。)に係る利用者負担額並びに食費、居住費(滞在費)及び宿泊費に係る利用者負担額とし、軽減の程度は、その費用の4分の1とする。ただし、老齢福祉年金受給者に係る軽減の程度は、その費用の2分の1とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、ユニット型個室を利用する者に係る利用者負担額の軽減の対象となる費用は、ユニット型個室の居住費に限るものとする。
- 3 前2項にかかわらず、生活保護受給者の利用については、個室の居住費に係る利用者負担額のみ免除する。

(特定入所者介護サービス費等との適用関係)

第5条 法第51条の2に規定する特定入所者介護サービス費及び法第61条の2に規定する特定入所者介護予防サービス費(以下「補足給付」という。)との適用関係については、補足給付の支給後の利用者負担額について、軽減を行うものとする。

(高額介護サービス費等との適用関係)

第6条 高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに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との適用関係については、利用者負担額の軽減を行い、その軽減後の利用者負担額について高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに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の支給を行うものとする。

(確認証)

第8条 市長は、前条の規定により軽減の決定を受けた者(以下「軽減者」という。)に社会福祉法人利用者負担額軽減確認証(様式第4号。以下「確認証」という。)を交付するものとする。

- 2 確認証の有効期限は、軽減の決定を受けた日の属する年度の翌年度の6月末日までとする。
- 3 軽減者は、確認証の有効期限到来後引き続き利用者負担額の軽減を受けようとするときは、前条第1項の規定による手続をしなければならない。

(確認証の返還)

第9条 軽減者は、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、確認証を返還しなければならない。

- (1) 介護保険の被保険者の資格を喪失したとき。
- (2) 要介護又は要支援の認定を取り消されたとき。
- (3) 第3条に掲げる要件に該当しなくなったとき。

(助成金の申請)

第10条 助成金の交付を受けようとする申出法人は、社会福祉法人による利用者負担額軽減事業助成申請書(様式第5号)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、助成申請額計算書(様式第6号)及び助成申請額算出表(様式第7号)を添付しなければならない。

(助成措置の範囲)

第11条 助成措置の範囲は、申出法人が利用者負担額を軽減した総額(軽減対象者に係るものに限る。以下「軽減総額」という。)のうち、当該申出法人の本来受領すべき利用者負担収入(対象サービスに係る費用に関するものに限る。)に対する1パーセントを超えた部分とし、助成措置は、当該申出法人の収支状況を踏まえ、その2分の1を基本として、それ以下の範囲内で行うものとする。ただし、指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設に係る利用者負担額を軽減する申出法人については、軽減総額のうち、当該施設の運営に関し、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、その全額を助成措置の対象とするものとし、当該助成措置の算定については、施設を単位として行うものとする。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この告示は、平成17年10月1日から施行する。

2 地方税法等の一部を改正する法律(平成17年法律第5号)附則第6条第2項又は第4項の規定の適用を受ける者のうち、同条第2項又は第4項の規定の適用を受けることにより厚生労働省告示本則の表に定める区分が1段階上昇するものに係る第3条及び第4条の規定の適用については、平成18年7月1日から平成20年6月30日までの間、第3条第1項中「市町村民税非課税世帯」とあるのは「介護保険法施行令等の一部を改正する政令(平成18年政令第154号)附則第23条第3項に規定する特定被保険者(同条第1項又は第2項に該当する者を除く。)」と、同項第1号中「150万円」とあるのは、「190万円」と、第4条第1項中「食費、居住費(滞在費)及び宿泊費に係る利用者負担額」とあるのは「食費、居住費(滞在費)及び宿泊費に係る利用者負担額(当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における介護保険法第51条の2第2項第1号及び第61条の2第2項第1号に規定する特定介護保険施設等及び特定居宅サービス事業者における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額(平成17年厚生労働省告示第411号)及び介護保険法第51条の2第2項第2号に規定する特定介護保険施設等における居住等に要する平均的な費用の額及び施設の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額並びに同法第61条の2第2項第2号に規定する特定居宅サービス事業者における滞在に要する平均的な費用

の額及び事業所の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額(平成17年厚生労働省告示第412号)に定める基準費用額を上回る場合は、当該基準費用額」と、「4分の1とする。ただし、老齢福祉年金受給者に係る軽減の程度は、その費用の2分の1」とあるのは「8分の1」と読み替えるものとする。

- 4 益田市社会福祉法人による利用者負担額減額事業助成要綱(平成17年益田市告示第25号)は、廃止する。

附 則(平成18年9月1日告示第186号)

この告示は、平成18年4月1日から適用する。

- 3 平成21年4月1日から平成23年3月31日までの間に限り、第4条第1項中「訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、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、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(以下「対象サービス」という。)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」とあるのは「訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、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、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(以下「対象サービス」という。)に係る利用者負担額」と、「4分の1」とあるのは「100分の28」と、「2分の1」とあるのは「100分の53」と読みかえて適用する。

附 則(平成21年4月15日告示第77号)

この告示は、平成21年4月1日から適用する。

附 則(平成23年12月19日告示第250号)

この告示は、平成23年12月19日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

利用者負担額軽減制度事業実施申出書

年 月 日

様

申請者 所在地
 名称
 代表者

社会福祉法人による利用者負担額の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申請者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職・氏 名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 —)			
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	

※ 「実施事業の種類」欄には、指定介護老人福祉施設／訪問介護・通所介護・短期入所生活介護の別を記入

様式第2号（第7条関係）

社会福祉法人利用者負担額軽減申請書

フリガナ				確認番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
生年月日		年	月	日生	性別
住所		(郵便番号 ー)			電話番号
利用者負担額軽減申請理由					
		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主		・ ・	男・女	
	世帯員		・ ・	男・女	
			・ ・	男・女	
			・ ・	男・女	
			・ ・	男・女	
			・ ・	男・女	
<p>益田市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 印 電話番号</p>					

※ 市記入欄

確認証交付年月日	備考
年 月 日	(世帯の所得状況を把握)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

（申請者） 様

社会福祉法人利用者負担額軽減決定（却下）通知書

益田市長



先に申請のありました社会福祉法人利用者負担額の軽減については、下記のとおり決定（却下）したので通知します。

受給者氏名		被保険者番号	
決定事項	決定・却下		
適用年月日	年	月	日から
有効期限	年	月	日まで
[却下の理由]			

不服の申立て及び取消訴訟

この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、島根県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提起することができます。なお、この処分のあったことを知った日から6ヶ月以内であっても、処分の日から1年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第4号（第8条関係）

（表面）

○証の大きさ
縦 128ミリ
横 91ミリ

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> 社会福祉法人利用者負担額軽減確認証 （社会福祉法人による利用者負担の軽減措置） </div>			
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
軽減内容(軽減率)		／	
適用年月日		年 月 日から	
有効期限		年 月 日まで	
介護保険被保険者番号			
発行機関名及び印		島根県益田市 印	

（裏面）

<p>注意事項</p> <p>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へ提出してください。</p> <p style="padding-left: 2em;">対象となるサービス(介護老人福祉施設、通所介護、短期入所生活介護及び訪問介護の各サービス)</p> <p>2 この確認証は、都道府県に申出のあった事業所のみ有効です。</p> <p>3 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額（日常生活に要する費用については食費及び居住費に限る。）が、前面に記載される軽減率により軽減されます。</p> <p>4 被保険者の資格がなくなったとき、軽減対象者の要件に該当しなくなったとき、又は軽減の確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この確認証を益田市に返してください。また、転出の届出をする際には、この確認証を添えてください。</p> <p>5 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、益田市長にその旨を届け出てください。</p> <p>6 不正にこの確認証を使用した者は、刑法の規定により処分を受ける場合があります。</p>
--

様式第5号(第10条関係)

社会福祉法人による利用者負担額軽減事業助成申請書

年 月 日

益田市長 様

住 所
申請者 名 称
代表者

印

社会福祉法人による利用者負担額軽減事業の実施に係る助成について、下記のとおり申請します。

記

対象期間	年 月から 年 月まで
軽減総額	円
助成申請額	円

- 添付書類 1 助成申請額計算書 (様式第6号)
2 助成申請額算出表 (様式第7号)

様式第6号（第10条関係）

助成申請額計算書

サービスの種類	本来受領すべき利用者負担総額	軽減総額	Aの10%相当額	10%を超える全額公費分	1%控除分	公費負担分	市助成額
	A	B	$C = A * 10\%$	$D = B - C$	$E = A * 1\%$	$F = (B - D - E) * \text{ / }$	$G = D + F$
指定介護老人福祉施設							
訪問介護							
通所介護							
短期入所生活介護							
合計							

様式第7号（第10条関係）

助成申請額算出表

〔指定介護老人福祉施設・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護〕

番号	被保険者番号	氏名	利用月	本来利用者負担額 A	軽減額 B (A* /)	備考
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
計						

様式第8号（第8条関係）

（表面）

○証の大きさ
縦 128ミリ
横 91ミリ

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> 社会福祉法人利用者負担額軽減確認証 （社会福祉法人による利用者負担の軽減措置） </div>			
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
軽減内容(軽減率)		／	
適用年月日		年 月 日から	
有効期限		年 月 日まで	
介護保険被保険者番号			
発行機関名及び印		島根県益田市 印	

（裏面）

<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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へ提出してください。 2 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、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、介護予防短期入所生活介護です。 3 この確認証は、都道府県に申出のあった事業所のみ有効です。 4 前記のサービスの居住費（滞在費）が、表面に記載されている減額割合により減額されます。 5 生活保護受給者でなくなったとき又は今後、前記のサービスを利用する見込みがないときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この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、益田市長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、刑法の規定により処分を受ける場合があります。
