

社会福祉法人等による介護保険利用者負担額軽減制度実施

要綱

平成 17 年阪南市公告第 11 の 2 号

改正 平成 21 年阪南市公告第 4 号

改正 平成 23 年阪南市公告第 5 号

改正 平成 24 年阪南市公告第 5 号

改正 平成 27 年阪南市公告第 4 号

改正 平成 28 年阪南市公告第 17 号

改正 平成 30 年阪南市公告第 4 号

改正 令和 3 年 12 月 28 日決裁

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、社会福祉法人等が低所得者で生計が困難である者及び生活保護受給者の介護保険サービスの利用者負担額の軽減を行った場合において、当該社会福祉法人等にその軽減額の一部を助成することについて必要な事項を定めるものとする。

(事業実施の申出)

第 2 条 利用者負担額軽減制度事業を実施しようとする社会福祉法人等は、社会福祉法人による利用者負担額軽減制度実施の申出書（社会福祉法人による利用者負担の軽減措置）（様式第 1 号）を、都道府県知事及び保険者たる市長に提出しなければならない。

(助成対象事業)

第 3 条 助成の交付対象となる事業は、前条の申出を行った社会福祉法人等（以下「対象法人」という。）が実施する利用者負担額軽減制度事業とする。

(軽減対象費用)

第 4 条 軽減の対象となる費用は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）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、地域密着型通所介護、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、同法の規定によ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。

（軽減対象者）

第5条 利用者負担額の軽減を受けようとする利用者は、社会福祉法人による利用者負担額軽減対象者確認申請書（様式第2号）を市長に提出しなければならない。

2 利用者負担の軽減を受けることができる対象者は、市民税世帯非課税であって、次の要件のすべてを満たす者のうち、その収入や世帯の状況、利用者負担額等と総合的に勘案し、生計が困難な者として市長が認めたもの及び生活保護受給者とする。ただし、旧措置入所者で利用者負担額が5パーセント以下の者にあつては軽減制度の対象としないが、旧措置入所者で利用負担割合が5パーセント以下の者であってもユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については、軽減の対象とし、生活保護受給者にあつては個室の居住費に係る利用者負担額について軽減の対象とする。

(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) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

(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。

(6) 前各号についての調査に同意すること。

(軽減の決定)

第6条 市長は、前条第1項による申請を受けたときは、利用者が軽減対象者であるか否かを審査し、軽減の確認の要否を決定し、確認を要する者については、軽減割合を決定の上、社会福祉法人等利用者軽減対象決定通知書（様式第3号）により当該申請をした者に通知するものとする。

2 前項の軽減割合は、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）とし、免除は行わない。ただし、生活保護受給者については、利用者負担額の全額とする。

(確認証の交付)

第7条 市長は、前条の規定により軽減の確認を決定した者に対し、社会福祉法人等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。

(実施方法)

第8条 対象法人は、確認証を提示した利用者については、確認証の内容に基づき利用料負担額の軽減を行う。

(助成対象費用)

第9条 この助成金の交付対象となる費用（以下「対象費用」という。）は、対象法人が利用者負担額を軽減した総額費用のうち、当該法人の本来受領すべき利用者負担収入額（軽減対象となるものに限る。）の1パーセントに相当する額を超える部分の額の2分の1を基本として、それ以下の範囲内の額とする。

なお、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負担額を軽減する対象法人については、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、全額を対象とする。また、この助成金額の算定については、事業所（施設）を単位として行なう

こととする。

(月別実績報告)

第10条 対象法人は、利用者負担額軽減制度事業を実施したときは、当該実施に係る月の1月間の軽減実績について、当該月の翌月の20日までに、年度介護保険利用者負担額軽減事業月別実績報告書(月分)(様式第5号)により、市長に報告しなければならない。

(交付申請)

第11条 この助成金の交付を受けようとする対象法人(以下「申請法人」という。)は、年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付申請書(様式第6号)に必要な書類を添付して、市長に申請しなければならない。

(交付決定)

第12条 市長は、前条の申請を受けたときは、その内容をもって交付の適否を審査し、決定の上、年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付決定通知書(様式第7号)又は介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付申請却下通知書(様式第8号)により、その結果及び内容を当該申請法人に通知するものとする。

(交付請求)

第13条 前条の交付決定通知書を受けた申請法人は、速やかに年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付請求書(様式第9号)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の請求があった日から30日以内に、当該申請法人に対し、助成金を交付するものとする。

(会計状況等の報告)

第14条 市長は、申請法人から収入状況その他会計状況に関する報告を徴することができる。

(譲渡等の禁止)

第15条 この要綱による助成金の交付を受ける権利は、譲渡し、又は

担保に供することはできない。

(他の事業との適用関係)

第16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事業との関係については、まず、当該措置の適用を行い、その後必要に応じて、本事業に基づく軽減制度の適用を行うものとする。

2 介護保険制度における高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費（以下「高額介護サービス費等」という。）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、本事業に基づく軽減制度の適用を行い、軽減制度適用後の利用者負担額に対し支給するものとする。ただし、高額介護サービス費等との適用関係については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスを利用する利用者負担段階第2段階の者のサービス費に係る利用者負担については、事業主体の負担に鑑み、当該部分について本事業に基づく軽減制度の対象としないことができるものとする。

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（以下「特定入所者サービス費等」という。）との適用関係については、特定入所者サービス費等の支給後の利用者負担額について、本事業に基づく軽減制度の適用を行うものとする。

(委任)

第17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

(施行期日)

第1条 この要綱は、平成17年10月1日から施行する。

(平成18年7月1日から平成20年6月30日までの軽減対象者

における特例についての読み替え規定)

第2条 平成18年7月1日から平成20年6月30日までの間において、地方税法等の一部を改正する法律（平成17年法律第5号）の施行により利用者負担段階が第3段階から第4段階となる者については、第4条中「食費及び居住費（滞在費）に係る利用者負担額」とあるのは「食費及び居住費（滞在費）に係る利用者負担額（当該額が補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額）」と、第5条第2項中「市民税世帯非課税」とあるのは「平成18年6月1日現在において利用者負担第3段階に該当する者のうち、地方税法上の個人住民税に係る高齢者の非課税限度額の廃止に係る経過措置対象者及びその者と同一の世帯に属する要介護等被保険者」と、同項第1号中「150万円」とあるのは「190万円」と、第6条中「4分の1（老齢福祉年金受給者は2分の1）」とあるのは「8分の1」と読み替えるものとする。

附 則（平成21年4月1日阪南市公告第4号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。
（平成21年4月の介護報酬改定に伴う特例措置）
- 2 平成21年4月の介護報酬改定の影響による利用者負担の急激な増加を抑えるため、同月1日から平成23年3月31日までの間における第5条第2項の軽減対象者に係る第4条に規定する軽減対象費用（食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に係る利用者負担額を除く。）に対する第6条の軽減割合については、同条の規定にかかわらず、利用者負担額の100分の28（老齢福祉年金受給者は100分の53）とする。

附 則（平成23年3月31日阪南市公告第5号）

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成24年6月1日阪南市公告第5号）

この要綱は、公告の日から施行する。

附 則（平成 27 年 7 月 1 日阪南市公告第 4 号）

この要綱は、公告の日から施行する。

附 則（平成 28 年 12 月 28 日阪南市公告第 17 号）

この要綱は、公告の日から施行する。

附 則（平成 30 年 7 月 11 日阪南市公告第 4 号）

この要綱は、公告の日から施行する。

附 則（令和 3 年 12 月 28 日決裁）

（施行期日）

1 この要綱は、令和 4 年 1 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第1号(第2条関係)

社会福祉法人による利用者負担額軽減制度実施の申出書
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

阪南市長 様

年 月 日

所在地

申請者

名称

社会福祉法人による利用者負担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		フリガナ 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	事業者番号	所在地	実施事業の種類

(別紙表)

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者
収入・資産等申告書

年 月 日

阪南市長様

住所

氏名

次のとおり、私の世帯の収入・資産等を申告します。

1 世帯の収入

有 ・ 無	氏名	収入の種類	収入年額(円)
			円
			円
			円
	合計		円

2 世帯の預貯金等の状況

区分	有無	内 容			
		預貯金先	口座番号	口座名義人	預貯金額
預貯金等	有・無	(支店)			円
		(支店)			円
		(支店)			円
国債 地方債等	有・無	種 類			額面額
					円
有価証券	有・無	種 類			額面額
					円

(別紙裏)

3 被保険者の被扶養状況

(1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市民税の扶養控除において

- 扶養控除の対象となっている。
- 扶養控除の対象となっていない。

(2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において

- 扶養控除の対象となっている。
- 扶養控除の対象となっていない。

4 世帯の不動産保有状況

居住用以外に処分可能な土地もしくは家屋を

- 所有している。
- 所有していない。

調査の同意

私の収入等申告額は、上記のとおり相違ありません。

なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合は、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。)に私及び私の世帯員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、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

住 所

氏 名

阪南市長 様

年 月 日

様

阪 南 市 長

印

社会福祉法人等利用者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措置)

先に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請については、
下記のとおり決定しましたので通知いたします。

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		
2 承 認 し な い	理 由		

社会福祉法人等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)

(表 面)

(裏 面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 0 auto; width: 80%;"> 社会福祉法人等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) </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	性別
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			
軽減割合		(対象サービス利用者負担) (食費・居住費等)		／100	／100
発行機関名 及び印		2	7	2	3 2 8
〒599-0201 大阪府阪南市尾崎町35-1 阪 南 市 電話 0724-71-5678					

注 意 事 項

一 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に提出してください。

二 対象となるサービスは、介護老人福祉施設、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護予防短期入所生活介護、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。

三 この確認証は、大阪府に申し出のあった事業者のみ有効です。

四 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、前面に記載されている軽減割合により軽減されます。

五 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を阪南市に返してください。また、転出届出をする際には、この証を添えてください。

六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、阪南市にその旨を届けてください。

七 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとする。

年 月 日

阪南市長 様

所在地

名称

代表者名

年度介護保険利用者負担額軽減事業月別実績報告書(月分)

年度介護保険利用者負担額軽減事業に係る 月分事業実績について、社会福祉法人等による介護保険利用者負担額軽減制度実施要綱第8条の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 月分軽減額総額 金 円

内 訳	事業所名	事業所番号	サービス内容	軽減額
				円
				円
				円
				円
				円
				円
				円

2 事業実施期間 年 月 日から 年 月 日まで

3 添付書類 (1)月別軽減実績調書
(2)その他参考資料

阪南市長 様

所在地

申請者 名 称

代表者名

年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付申請書

標記について、下記のとおり助成金を交付されるよう、社会福祉法人等による介護保険利用者負担額軽減制度実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 交付申請額 金 円

2 添付書(1) 年度社会福祉法人等利用者負担軽減措置事業補助金精算額調書
(2)軽減額整理票
(3)その他関係資料

阪介保第
年 月 日

年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付決定通知書

様

阪南市長

印

年 月 日付けで申請のあった 年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金について、下記とおり交付することに決定したので通知します。

記

- 1 交付決定額 金 円
- 2 この補助金の対象となる事業及び期間は、交付申請書の記載のとおりとする。
- 3 補助金交付請求書は、この通知書受領後速やかに提出すること。

阪介保第 年 月 号
年 月 日

介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付申請却下通知書

様

阪南市長

印

年 月 日付けで申請のあった 年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金については、下記の理由により交付できませんのでし通知します。

記

理 由

阪南市長 様

所在地

名称

代表者名

年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた 年度介護保険利用者負担額軽減事業助成金について、社会福祉法人等による介護保険利用者負担額軽減制度実施要綱第13条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先金融機関等

金融機関名	
支店	
預金種別	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	