○東かがわ市社会福祉法人等による利用者負担軽減要綱

平成15年４月１日告示第88号

改正

平成17年４月１日告示第33号

平成17年10月１日告示第84号

平成20年４月１日告示第45号

平成25年５月１日告示第62号の２

平成26年７月１日告示第74号の２

平成26年12月１日告示第98号の２

平成27年12月28日告示第144号

平成28年４月１日告示第58号の４

平成30年４月１日告示第49号の11

平成30年10月１日告示第79号

令和元年10月30日告示第54号

令和２年10月７日告示第95号

東かがわ市社会福祉法人等による利用者負担軽減要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は、低所得者で生計が困難である者及び生活保護受給者に対して介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等（以下「社会福祉法人等」という。）が、自己の負担により利用者負担の軽減（以下「軽減」という。）を行う場合の取扱い及びその軽減した額が利用者負担額の一定割合を超えた場合における社会福祉法人等に対する助成に関し、東かがわ市社会福祉法人の助成に関する条例（平成15年東かがわ市条例第77号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（軽減実施の申出）

第２条　利用者負担の軽減を行おうとする社会福祉法人等は、「社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書」（様式第１号）により市長に申し出なければならない。

（軽減実施の範囲）

第３条　利用者負担の軽減の対象となるサービスは、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、看護小規模多機能型居宅介護、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一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一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。）とする。

２　利用者負担の軽減の対象となる費用は、前項のサービス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。

（軽減対象者の範囲）

第４条　利用者負担の軽減の対象者は、市町村民税世帯非課税者であって、次の各号のいずれにも該当する者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者及び生活保護受給者として市長が認めた者とする。

（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。

２　前項の規定にかかわらず、旧措置入所者で、利用者負担割合が５パーセント以下の者については、軽減制度の対象としないものとする。ただし、ユニット型個室の居住費にかかる利用者負担額については軽減の対象とする。

３　生活保護受給者は、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及び介護予防短期入所生活介護における個室の居住費又は滞在費にかかる利用者負担額についてのみを軽減の対象とする。

（軽減の申請）

第５条　軽減を受けようとする者は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（様式第２号）に収入・資産及び扶養状況申告書（様式第３号）を添えて、市長に提出しなければならない。こ

の場合において、老齢福祉年金受給者については受給を証する書類を、生活保護の境界層該当者は該当証明を提出するものとする。

（軽減の決定）

第６条　市長は、前条の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、承認又は不承認の決定をするものとする。

（軽減の程度）

第７条　軽減の程度は、利用者負担額の４分の１とする。ただし、老齢福祉年金受給者は、２分の１とし、生活保護受給者は、利用者負担の全額とする。

２　令和２年10月１日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって、廃止時点において本事業に基づく軽減又は特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費の利用者負担がなかった者のうち、引き続き第４条第１項に該当する者については、前項の規定にかかわらず軽減の程度を居住費以外にかかる利用者負担については４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）とするとともに、居住費にかかる利用者負担については全額とすることができる。

（決定の通知）

第８条　市長は、第６条の規定により減免の承認又は不承認の決定をしたときは、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（様式第４号）により申請者に通知するものとする。

２　市長は、前項の規定により減免の承認したときは、申請者に対し社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（様式第５号。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

（確認証の有効期限）

第９条　確認証の有効期限は、確認証を発行した月の属する年度の翌年度の７月末日までとする。ただし、確認証の発効日の属する月が４月、５月、６月又は７月の場合にあっては、当該月の属する年度の７月末日までとする。

（確認証の更新）

第10条　軽減対象者は、有効期限の満了後においても確認証の交付が必要な場合、確認証の更新を行うことができる。

２　前項の申請は、第５条の申請について準用する。

（軽減の実施）

第11条　確認証の交付を受けた者は、第３条に規定するサービスを受けようとするときは、あらかじめ当該サービスを提供する社会福祉法人等に対し、確認証を提示するものとする。

２　社会福祉法人等は、前項の規定により確認証を提示した者については、確認証の内容に基づき、

利用者負担の軽減を行うものとする。

（社会福祉法人等への助成）

第12条　市長は、社会福祉法人等が利用者負担を軽減した総額（東かがわ市を保険者とする利用者に係るものに限る。）のうち、当該社会福祉法人等が本来受領すべき利用者負担収入総額（第３条に規定するサービスに関するものに限る。）の概ね１パーセントを超えた部分に相当する額について、当該社会福祉法人等の収支状況等を考慮して、その２分の１を基本としてそれ以下の範囲内の額を助成することができる。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を軽減する社会福祉法人については、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、全額を助成措置の対象とするものとする。

２　前項の助成額は、事業所（施設）を単位として算定を行うものとする。

（交付申請）

第13条　助成金の交付を受けようとする社会福祉法人は、市長に対し、当該年度の３月末日までに社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度助成金交付申請書（様式第６号）に関係書類を添えて提出するものとする。

（交付の決定及び通知）

第14条　市長は、第13条の交付申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査して助成金の交付の可否を決定することとする。

２　市長は、助成金の決定をしたときは、速やかにその決定の内容を、当該法人に通知するものとする。

（助成金の交付）

第15条　市長は、前条の規定による助成金の交付額の決定後、助成金交付請求書（様式第７号）による当該法人の請求に基づき、助成金を交付する。

（助成金の交付の決定の取消し）

第16条　市長は、助成対象の法人が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（１）　偽りその他不正の手段により助成金の交付の決定を受け、又は助成金の交付を受けたとき。

（２）　助成金の交付の決定の内容又はこれに付された条件に違反したとき。

（３）　この要綱に違反したとき。

（助成金の返還）

第17条　市長は、助成金の交付の決定を取り消した場合において、当該取り消しに係る部分に関し、既に助成金が交付されているときは、助成金の返還を命ずることができる。

（委任）

第18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）

１　この要綱は、平成15年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　この要綱の施行の日の前日までに、合併前の引田町社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担減免要綱、白鳥町社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担減免要綱又は大内町社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担減免要綱の規定によりなされた処分、手続きその他の行為は、それぞれこの要綱の相当規定によりなされたものとみなす。

附　則（平成17年４月１日告示第33号）

この告示は、平成17年４月１日から施行する。

附　則（平成17年10月１日告示第84号）

この告示は、公布の日から施行する。

附　則（平成20年４月１日告示第45号）

（施行期日）

１　この告示は、平成20年４月１日から施行する。

（税制改正による特例措置）

２　平成17年度中市民税世帯非課税者であった者のうち、税制改正の影響により、利用者負担段階が第３段階から第４段階に上昇する者については、平成18年７月１日から平成20年６月30日までの間に限り、この告示による軽減の対象とする。この場合において、第４条中「軽減の対象者は、市町村民税非課税者であって」とあるのは「軽減の対象者は」と、同条第１号中「150万円」とあるのは「190万円」と、第６条第２項中「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25年５月１日告示第62号の２）

この告示は、平成25年５月１日から施行する。

附　則（平成26年７月１日告示第74号の２）

（施行期日）

1　この告示は、平成26年７月１日から施行する。

（経過措置）

2　発行日の属する月が平成26年７月の確認証の有効期限は、この告示による改正後の第９条の規定にかかわらず、確認証を発行した月の属する年度の翌年度の７月末日までとする。

附　則（平成26年12月１日告示第98号の２）

（施行期日）

この告示は、平成26年12月１日から施行する。

附　則（平成27年12月28日告示第144号）

（施行期日）

1　この告示は、平成28年１月１日から施行する。

（経過措置）

2　この告示の施行の際現に提出されているこの告示による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。

3　この告示の施行の際現にある旧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。

附　則（平成28年４月１日告示第58号の４）

この告示は、平成28年４月１日から施行する。

附　則（平成30年４月１日告示第49号の11）

この告示は、平成30年４月１日から施行する。

附　則（平成30年10月１日告示第79号）

この告示は、平成30年10月１日から施行する。

附　則（令和元年10月30日告示第54号）

この告示は、令和元年10月30日から施行し、同年10月１日から適用する。

附　則（令和２年10月７日告示第95号）

この告示は、令和２年10月７日から施行し、同年10月１日から適用する。

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軽減申出書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

年　　月　　日

東かがわ市長　　殿

所 在 地
申請者　名　　称
職・氏名　　印

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。

<table>
<tr><td rowspan="5">申請者</td><td>フリガナ
名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　―　　）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ番号</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の職・氏名</td><td>職　名</td><td></td><td>フリガナ
氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="4">（郵便番号　　―　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">軽減実施予定事務所の状況</td><td>事務所の名称</td><td>所在地</td><td>実施事業の種類</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

様式第２号（第５条関係）

社会福祉法人等利用者負担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措置）

フリガナ 被保険者氏名		確認番号	
		被保険者番号	
個人番号			
生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別	男　・　女
住所	（〒　　―　　） 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○をつけて下さい。
世帯構成	世帯主		年　月　日生		
	世帯員		年　月　日生		
			年　月　日生		
			年　月　日生		

東かがわ市長　　殿

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認申請をします。
なお、生計中心者及び世帯員の所得状況について調査することに同意します。

年　月　日

申請者
住所
氏名　　印　　電話番号（　　）　―

【市記入欄】

交付年月日	備考
年　月　日	（所得分布の状況等を記入）
適用年月日	
年　月　日から	
有効期限	
年　月　日まで	

様式第３号（第５条関係）

収入・資産及び扶養状況申告書

年　　月　　日

東かがわ市長　　殿

被保険者氏名

下記のとおり申告します。

１．被保険者と同一世帯に属する者の収入及び資産の状況

		氏名	市民税	別世帯の親族から扶養（生活資金の援助	年間収入	貯金及び有価証券額面金額
世帯構成	被保険者		課税・非課税	ある・なし	円	円
	世帯員			ある・なし	円	円
				ある・なし	円	円
				ある・なし	円	円
				ある・なし	円	円
				ある・なし	円	円
合計					円	円

注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　「年間収入」は、非課税収入（遺族年金・老齢福祉年金）や仕送りなども含む

注２　預貯金や有価証券等の額が単身世帯で３５０万円以下、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

※　収入や資産を確認できる書類を添付すること

例）　給与及び年金の源泉徴収票、所得証明書、確定申告書の写し、預金通帳の写し等

２．被保険者と上記世帯所有の不動産の状況

不動産			延面積	所有者氏名	不動産の所在地
土地	居住している宅地	有無	㎡		
	居住用以外の土地（貸地）	有無	㎡		
建物	居住用の家屋	有無	㎡		
	居住用以外の家屋（貸家）	有無	㎡		

書類作成者の連絡先

住　所	
氏　名	
電　話	（　　）　　－

様式第４号（第８条関係）

社会福祉法人等利用者負担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）

第　　号

年　　月　　日

〒　　－

住　所

氏　名　　様

東かがわ市長　　㊞

年　　月　　日付けで申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減対象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します。

記

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

○問い合わせ先

東かがわ市

様式第５号（第８条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

（表面）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

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	明・大・昭　　年　月　日	男・女
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		香川県東かがわ市湊 1847 番地 1 東かがわ市	

（裏面）

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。

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、認知症対応型共同生活介護、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、小規模多機能型居宅介護、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のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号訪問事業のうち介護予防訪問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。

二　この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。

三　利用者負担額の軽減の対象となる利用は、前記のサービス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、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なり、表面に記載される減額割合により減額されます。ただし、生活保護受給者及び支援給付受給者の場合は居住費（滞在費）のみが減額されます。

四　被保険者の資格がなくなったとき、軽減措置の要件に該当しなくなったとき、軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を返してください。また、転出の届出をするときは、この証を添えてください。

五　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、東かがわ市にその旨を届け出てください。

六　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。

○ 証の大きさ
縦　１２８ミリ
横　　９１ミリ

様式第６号（第13条関係）

年　　月　　日

東かがわ市長　　殿

所在地

名　称

代表者職・氏名　　印

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度
助成金交付申請書

標記のことについて、次により助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1　交付申請額　　金　　円

2　添付書類

（1）　社会福祉法人等による生計困難者及び生活保護受給者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減総括表

（2）　サービス種類別・月別軽減対象者一覧表

様式第７号（第15条関係）

助 成 金 交 付 請 求 書

金　　額		十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、

年度　社会福祉法人等による利用者負担軽減措置助成金として上記の金額を請求します。

東かがわ市長　　殿

年　　月　　日

住　　所　〒

債権者

（フリガナ）

氏　　名　　印