

## 半田市社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、社会福祉法人等が提供する介護保険サービスの利用者負担の一部を軽減することにより、低所得利用者の生活の安定と介護保険制度の円滑な実施に資することを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱における用語の定義は、次に定めるところによる。

- (1) 要介護被保険者等 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に規定する要介護認定及び要支援認定を受けた被保険者をいう。
- (2) 市民税非課税世帯 当該年度（4月又は5月においては前年度）における市民税が世帯主及びすべての世帯員について課されないか免除されている世帯をいう。
- (3) 区分支給限度基準額 法第43条第1項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額をいう。
- (4) 介護予防区分支給限度基準額 法第55条第1項に規定する介護予防サービス費等区分支給限度基準額をいう。
- (5) 訪問介護 法第8条第2項に規定する訪問介護をいう。
- (6) 通所介護 法第8条第7項に規定する通所介護をいう。
- (7) 短期入所生活介護 法第8条第9項に規定する短期入所生活介護をいう。
- (8) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 法第8条第15項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護をいう。
- (9) 夜間対応型訪問介護 法第8条第16項に規定する夜間対応型訪問介護をいう。
- (10) 地域密着型通所介護 法第8条第17項に規定する地域密着型通所介護をいう。
- (11) 認知症対応型通所介護 法第8条第18項に規定する認知症対応型通所介護をいう。
- (12) 小規模多機能型居宅介護 法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護をいう。
- (13) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護をいう。
- (14) 複合型サービス 法第8条第23項に規定する複合型サービスをいう。
- (15) 介護福祉施設サービス 法第8条第27項に規定する介護福祉施設

サービスをいう。

- (16) 介護予防短期入所生活介護 法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護をいう。
- (17) 介護予防認知症対応型通所介護 法第8条の2第13項に規定する介護予防認知症対応型通所介護をいう。
- (18) 介護予防小規模多機能型居宅介護 法第8条の2第14項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護をいう。
- (19) 第一号訪問事業 法第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業をいう。
- (20) 第一号通所事業 法第115条の45第1項第1号ロに規定する第一号通所事業をいう。
- (21) 旧措置入所者 介護保険法施行法（平成9年法律第124号）第13条第1項に規定する旧措置入所者をいう。
- (22) 利用者負担額 法に定める居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスに係る利用者負担額で別表で掲げる軽減対象利用者負担額をいう。
- (23) 食費 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第61条、第65条の3、第79条、第84条及び第85条の3に規定する食事の提供に要する費用をいう。
- (24) 居住費（滞在費） 介護保険法施行規則第61条、第65条の3、第79条及び第84条に規定する居住又は滞在に要する費用をいう。
- (25) 宿泊費 介護保険法施行規則第65条の3及び第85条の3に規定する宿泊に要する費用をいう。

（対象者）

第3条 社会福祉法人等による介護保険サービスの利用者負担軽減の対象となる者（以下「軽減対象者」という。）は、半田市が行う介護保険の要介護被保険者等（旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者を除く。ただし、旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者であってもユニット型の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する。）であって、市民税非課税世帯に属する次の各号の要件のすべてを満たす者のうち、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、生活保護受給者（介護保険料を滞納していない者に限る。）にあつては、個室の居住費に係る利用者負担額に限り、軽減対象とする。また、生活保護が廃止された者であつて、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のなかった者についても、継続して居住費の軽減を行うことができる。

（軽減法人等）

第4条 介護保険サービスの利用者負担軽減を行うことができる社会福祉法人等は、当事業に係る利用者負担の軽減を行うことを当該法人が介護保険サービスを提供する事業所及び施設の所在地の都道府県知事及び保険者たる市町村長に申し出たもの（以下「軽減法人」という。）とする。

（対象サービス及び軽減内容）

第5条 軽減対象者が利用者負担の軽減を受けることができる介護保険サービス（以下「対象サービス」という。）は、軽減法人が行う次のサービス（第1号から第8号まで及び第10号のサービスにあつては、区分支給限度基準額を超えないもの、第12号から第14号までのサービスにあつては、介護予防区分支給限度基準額を超えないもの、第15号及び第16号のサービスにあつては、市長が定める限度額を超えないものに限る。）とする。

- (1) 訪問介護
- (2) 通所介護
- (3) 短期入所生活介護
- (4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (5) 夜間対応型訪問介護
- (6) 地域密着型通所介護
- (7) 認知症対応型通所介護
- (8) 小規模多機能型居宅介護
- (9) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- (10) 複合型サービス
- (11) 介護福祉施設サービス
- (12) 介護予防短期入所生活介護
- (13) 介護予防認知症対応型通所介護
- (14) 介護予防小規模多機能型居宅介護
- (15) 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。）

(16) 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。）ただし、生活保護受給者については、第3号、第9号、第11号及び第12号のみを対象サービスとする。

2 軽減の対象とする費用及び減額割合は、前項に掲げるサービスにつき、それぞれ別表に掲げるとおりとする。

(申請)

第6条 第3条に規定する確認を受けようとする者（以下「申請者」という。）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1）に別に定める必要な書類をそえて市長に提出するものとする。

(確認)

第7条 市長は、前条の申請を受けたときは、第3条各号に掲げる軽減対象者への該当の有無を審査し決定のうえ、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（様式第2。以下「決定通知書」という。）により、その結果を申請者に通知するものとする。

2 前項の通知を行う場合において、軽減対象者として承認された者については、決定通知書と併せて社会福祉法人等利用者軽減確認証（様式第3。以下「確認証」という。）を交付する。

(確認証)

第8条 確認証の有効期限は、申請のあった日の属する月の初日（当該月の途中に本市の被保険者資格を取得した場合はその日）から翌年度の7月31日までとする。ただし、4月分又は7月分の対象サービスの利用者負担に係る軽減につき4月1日から7月31日までに申請があったものは、当該年度の7月31日までとする。

(住所等の変更)

第9条 確認証の交付を受けた者が住所又は氏名を変更した場合は、14日以内に社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届（様式第4）を市長に提出しなければならない。

(確認証の返還)

第10条 確認証の交付を受けた者に次の事由が生じた場合は、当該確認証を速やかに市長に返還しなければならない。

(1) 確認証の有効期限に至ったとき。

(2) 確認証の交付を受けた者が転出又は死亡により本市の被保険者でなくなったとき。

(3) 法第62条に規定する要介護被保険者又は居宅要支援被保険者でなくなったとき。

(4) その他確認証を必要としなくなったとき。

2 市長は、確認証の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当する場合は、確認証を返還させることができる。

(1) 確認証を他人に譲渡し、又は貸与したとき。

(2) 虚偽の届出を行う等不正な行為があったとき。

(利用)

第11条 軽減対象者は、対象サービスを利用する場合、あらかじめ当該サービスを提供する軽減法人に確認証を提示するものとする。ただし、申請中であらかじめ提示することができない場合などは、申請手続中である旨又は速やかに申請を行う旨を申し出るとともに、軽減法人の承認を受けた場合は、確認証が交付された後、速やかに提示するものとする。

(利用者負担)

第12条 軽減対象者は、対象サービスの提供を行う軽減法人に対し、確認証に記載されたところにより軽減された利用者負担額を支払うものとする。

(不正利得の返還)

第13条 偽りその他不正の行為によってこの要綱に基づく対象サービスに係る利用者負担の軽減を受けた者があるときは、市長は、軽減法人と協議のうえ、軽減額の全部又は一部を当該軽減を受けた者から軽減法人に返還するよう求めるものとする。

(軽減法人に対する助成)

第14条 市長は、軽減法人がこの要綱に基づき軽減対象者に対象サービスに係る利用者の軽減を行った場合、当該軽減法人に対し軽減に要した経費(以下「対象経費」という。)の一部を社会福祉法人等利用者負担軽減事業補助金(以下「補助金」という。)として交付するものとする。

2 前項の規定による対象経費及び補助金の補助率は、別表のとおりとする。

3 自らの財務状況を踏まえて自主的に事業実施が可能である旨を申し出た社会福祉法人については、助成措置を受けることなく本事業を実施することができるものとする。

(補助金の申請)

第15条 前条の規定により補助金の交付を受けようとする軽減法人(以下「補助事業者」という。)は、社会福祉法人等利用者負担軽減事業補助金(変更)交付申請書(様式第5)を市長に提出するものとする。

(補助金の交付の決定及び通知)

第16条 市長は、前条の規定により申請書を受理したときは、その内容を審査したうえ、交付の可否を決定し、補助事業者に通知するものとする。

(計画変更の承認)

第17条 補助金の交付決定を受けた補助事業者が、当該決定に係る内容を変更

しようとするときは、社会福祉法人等利用者負担軽減事業補助金（変更）交付申請書（様式第５）を市長に提出し、その承認を受けなければならない。

（実績報告）

第１８条 補助事業者は、事業が完了したときは、社会福祉法人等利用者負担軽減事業補助金実績報告書（様式第６）を市長に提出しなければならない。

（補助金の額の確定）

第１９条 市長は、前条の報告書を受理した場合は、書類の審査及び必要に応じて実態調査等を行い、事業が適正に行われていると認めたときは、交付すべき補助金の額を確定し、補助事業者に通知するものとする。

（補助金の請求及び交付）

第２０条 市長は、前年３月から本年２月までの補助事業を当該年度分として、補助金の交付額を決定した後に補助事業者からの請求に基づき、速やかに補助金を交付するものとする。

（補助金の返還）

第２１条 市長は、偽りその他不正な手段により補助金の交付を受けた補助事業者があるときは、その者から補助金の全部又は一部を返還させることができる。

（関係書類の整備）

第２２条 軽減法人は、利用者負担軽減状況記録票（様式第７）を作成し、５年間保存しなければならない。

２ 市長は、必要に応じて軽減法人から前項の利用者負担軽減状況記録票について報告を求めることができる。

（委任）

第２３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

この要綱は、平成１３年１０月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成１５年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成１８年１月５日から施行し、平成１７年１０月分の対象サービス及び対象経費から適用する。

附 則

この要綱は、平成１９年３月１９日から施行し、平成１８年４月１日から適用する。

附 則

この要綱は、平成２１年６月１５日から施行し、平成２１年４月１日から適用

する。

附 則

この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 23 年 6 月 8 日から施行し、平成 23 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 3 月 27 日から施行し、平成 24 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年 5 月 10 日から施行し、平成 31 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 3 月 9 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年 6 月 1 日から施行する。

別表（第5条、第14条関係）

| 対 象 サ ー ビ ス                                                                                                                                                                             | 軽減対象費用<br>(軽減対象利用者負担額)                                                                 | 減額割合                                                                  | 補 助 率                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>・ 介護福祉施設サービス</li> </ul>                                                                                          | (1) 旧措置入所者<br>10%の利用者負担額、食費、居住費<br>(2) 新規入所者<br>10%の利用者負担額、食費、居住費<br>(3) 生活保護受給者個室の居住費 | $1/4$<br>(老齢福祉年金受給者は $1/2$ )<br>(ただし、生活保護受給者については、個室の居住費に係る利用者負担額の全額) | ア. 軽減総額が本来受領すべき利用者負担額(※)の10%を上回る場合<br>軽減総額から本来受領すべき利用者負担額の10%を控除した額について $10/10$<br>本来受領すべき利用者負担額の10%から本来受領すべき利用者負担額の1%を控除した額について $1/2$<br>イ. 軽減総額が本来受領すべき利用者負担額の10%を下回る場合<br>軽減総額から本来受領すべき利用者負担額の1%を控除した額について $1/2$ |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通所介護</li> <li>・ 地域密着型通所介護</li> <li>・ 認知症対応型通所介護</li> <li>・ 介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>・ 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者に限る）</li> </ul> | 10%の利用者負担額、食費                                                                          |                                                                       | 軽減総額から本来受領すべき利用者負担額の1%を控除した額について $1/2$                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期入所生活介護</li> <li>・ 介護予防短期入所生活介護</li> </ul>                                                                                                    | (1) 生活保護受給者以外の利用者<br>10%の利用者負担額、滞在費<br>(2) 生活保護受給者個室の滞在費                               |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問介護</li> <li>・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>・ 夜間対応型訪問介護</li> <li>・ 第一号訪問事業のうち</li> </ul>                                                         | 10%の利用者負担額                                                                             |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                     |



|                                              |                   |  |  |
|----------------------------------------------|-------------------|--|--|
| 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）        |                   |  |  |
| ・小規模多機能型居宅介護<br>・複合型サービス<br>・介護予防小規模多機能型居宅介護 | 10%の利用者負担額、食費、宿泊費 |  |  |

※ 本来受領すべき利用者負担額とは、軽減を実施しなかったと仮定した場合の対象サービスの利用者全員から受領すべき利用者負担額を表す。

注1)旧措置入所者については利用者負担割合が5%以下の者は対象としない。

ただし、旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者であってもユニット型の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する。

注2)平成25年8月1日、平成26年4月1日、平成27年4月1日、平成30年10月1日、令和元年10月1日又は令和2年10月1日施行の生活扶助基準等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3条に該当する者については、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）を原則とするとともに、居住費にかかる利用者負担については全額とする。

注3)短期入所者生活介護、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者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。

様式第1（第6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制度）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|--|--|
| フリガナ<br><br>被保険者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     | 確認番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 被保険者<br>番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 個人番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                     |  |  |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | 明・大・昭          年          月          日生                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                     |  |  |
| 住          所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | 〒<br><br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                     |  |  |
| 利用サービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | 1 訪問介護    2 通所介護    3 短期入所生活介護    4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>5 夜間対応型訪問介護    6 地域密着型通所介護    7 認知症対応型通所介護    8 小規模多機能型居宅介護<br>9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護    10 複合型サービス    11 介護福祉施設サービス<br>12 介護予防短期入所生活介護    13 介護予防認知症対応型通所介護    14 介護予防小規模多機能型居宅介護<br>15 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。）<br>16 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。） |      |                     |  |  |
| 利用者負担額<br>軽減申請理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 氏          名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 生年月日 | 生計中心者に○を<br>つけてください |  |  |
| 世帯<br>構<br>成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 世帯主 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 世帯員 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                     |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                     |  |  |
| 半田市長 様<br>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。<br>なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市町村民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認することに同意します。<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年          月          日</span> <span>住所</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>申請者</span> <span>電話番号</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>氏名</span> <span></span> </div> |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                     |  |  |

市（町村）記入欄

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| 交付年月日                        | 備          考  |
| 年    月                       | (世帯の所得状況等を把握) |
| 適用年月日                        |               |
| 年    月                       |               |
| 年    月<br>から<br>年    月<br>まで |               |

様式第1の2(第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 - 生活保護受給者・支援給付受給者用 -  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |     |        |                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----------------|--|--|--|--|--|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                        |     | 確認番号   |                 |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                        |     | 被保険者番号 |                 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |     | 個人番号   |                 |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 明・大・昭 年 月 日生                                                           |     |        |                 |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 〒 電話番号                                                                 |     |        |                 |  |  |  |  |  |
| 利用サービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1 短期入所生活介護    2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>3 介護福祉施設サービス    4 介護予防短期入所生活介護 |     |        |                 |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額<br>軽減申請理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |     |        |                 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        | 氏 名 | 生年月日   | 生計中心者に○をつけてください |  |  |  |  |  |
| 世帯構成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 世帯主                                                                    |     |        |                 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 世帯員                                                                    |     |        |                 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |     |        |                 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                        |     |        |                 |  |  |  |  |  |
| 半田市長 様<br>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。<br>なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市町村民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認することに同意します。<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日</span> <span>住所</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>申請者</span> <span>電話番号</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>氏名</span> </div> |                                                                        |     |        |                 |  |  |  |  |  |

市(町村)記入欄

|                  |               |
|------------------|---------------|
| 交付年月日            | 備 考           |
| 年 月              | (世帯の所得状況等を把握) |
| 適用年月日            |               |
| 年 月 から<br>年 月 まで |               |

様式第2(第7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制度)

二  
様

第 年 月 日 号

半田市長

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。

[illegible]

|                |       |   |   |   |   |   |   |        |
|----------------|-------|---|---|---|---|---|---|--------|
| 決定年月日          |       | 年 | 月 | 日 |   |   |   |        |
| 決定事項           |       |   |   |   |   |   |   |        |
| 1<br>承認<br>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<br>承認<br>しない | 理 由   |   |   |   |   |   |   |        |

- ・ 問い合わせ先  
半田市高齢介護課
- ・ 不服の申立て  
この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に半田市長に審査請求することができます。  
住所 電話番号

一般軽減対象者用(生活保護受給者を除く)

(裏面)

|                |      |                                                                                        |       |
|----------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                |      | <b>社会福祉法人等利用者負担軽減確認証</b><br>(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   |
| 介護保険被保険者番号     |      |                                                                                        |       |
| 適用年月日          |      | 年                                                                                      | 月 日から |
| 有効年月日          |      | 年                                                                                      | 月 日まで |
| 減 額 割 合        |      | ／ １００                                                                                  |       |
| 発行機関名<br>及　び　印 |      | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: auto;"></div> |       |

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示してください。

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、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、介護福祉施設型サービス、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（自己負担割合が補正給付と同様のものが保険給付と同様のものに限る。）です。

この確認証は、愛知県及び半田市に軽減を行うことを申し出た事業者者にのみ有効です。

前記のサービスを利用した場合、前面に記載した費用の本人負担分（日常生活に要する費用については、食費、居住費（滞在費）、宿泊費に限る）が、記載の減額割合により軽減されます。

被保険者の資格がなくなつたとき、減額措置の要件に該当しなくなつたとき又は軽減認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を半田市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内にこの証を添えて、半田市にその旨を届け出てください。

不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

○ 証の大きさ  
縦 128ミリ  
横 91ミリ

様式第3の2(第7条関係)  
生活保護受給者・支援給付受給者用

(表面)

|                                                                |                                                           |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <div>社会福祉法人等利用者負担軽減確認証</div> <div>(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 |
| 介護保険被保険者番号                                                     |                                                           |
| 適用年月日                                                          | 年              月              日から                         |
| 有効年月日                                                          | 年              月              日まで                         |
| 減 額 割 合                                                        | (居住費・滞在費のみ)      1 0 0 / 1 0 0                            |
| 発行機関名<br>及      び      印                                       | <div></div>                                               |

(裏面)

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拘禁刑の処分を受けます。

六

この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内にこの証を添えて、半田市にその旨を届け出てください。

五

被保険者の資格がなくなつたとき、減額措置の要件に該当しなくなつたとき、又は軽減認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を半田市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四

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。

三

この確認証は、愛知県及び半田市に軽減を行うことを申し出た事業者にのみ有効です。

二

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。

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示してください。

○ 証の大きさ  
縦    1 2 8 ミリ  
横    9 1 ミリ

様式第4（第9条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届

年 月 日

半田市長 様

氏 名

社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度に係る実施要綱第9条の規定により、記載事項を変更したいので、次のとおり届け出ます。

|         |   |                                     |
|---------|---|-------------------------------------|
| 住 所     | 新 | 〒<br><br>(電話番号      —      —      ) |
|         | 旧 | 〒<br><br>(電話番号      —      —      ) |
| フリガナ氏 名 | 新 | <br><br>                            |
|         | 旧 | <br><br>                            |

様式第5（第15条関係）

年度社会福祉法人等利用者負担軽減事業補助金（変更）交付申請書

年 月 日

半田市長 様

社会福祉法人  
理事長

次のとおり補助金を（変更）交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 1 （変更）交付申請書 金 円
- 2 社会福祉法人軽減市町村補助金明細書（別紙1）
- 3 軽減対象者調査票（別紙2）



様式第6（第18条関係）

年度社会福祉法人等利用者負担軽減事業補助金実績報告書

年 月 日

半田市長 様

社会福祉法人  
理事長

年 月 日付け、 第 号で交付決定を受けた 年度社会福祉法人等利用者負担軽減事業補助金について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

- 1 補助金精算額 金 円
- 2 社会福祉法人軽減市町村補助金明細書（別紙1）
- 3 軽減対象者調査票（別紙2）

様式第7（第22条関係）  
生計困難者に対する利用者負担軽減の状況記録票

|     |           |  |   |         |      |        |        |   |   |   |      |  |
|-----|-----------|--|---|---------|------|--------|--------|---|---|---|------|--|
| 対象者 | 氏名        |  |   |         | 生年月日 |        | 年      | 月 | 日 |   |      |  |
|     | 保険者（市町村）名 |  |   | 確認証確認番号 |      |        | 被保険者番号 |   |   |   |      |  |
|     | 軽減適用年月日   |  | 年 | 月       | 日    | 軽減有効期限 |        | 年 | 月 | 日 | 減額割合 |  |
|     | 入所年月日     |  | 年 | 月       | 日    | 退所年月日  |        | 年 | 月 | 日 | 区分   |  |

軽減の状況（      年      月 ～      年 8 月）

|             |                  |    |         |    |             |    |
|-------------|------------------|----|---------|----|-------------|----|
| 3<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |    | 軽減額 (B) |    | 利用者負担 (A-B) |    |
|             | 介護費              | 0円 | 介護費     | 0円 | 介護費         | 0円 |
|             | 食費               | 0円 | 食費      | 0円 | 食費          | 0円 |
|             | 居住費等             | 0円 | 居住費等    | 0円 | 居住費等        | 0円 |
|             | 合計               | 0円 | 合計      | 0円 | 合計          | 0円 |
| 4<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |    | 軽減額 (B) |    | 利用者負担 (A-B) |    |
|             | 介護費              | 0円 | 介護費     | 0円 | 介護費         | 0円 |
|             | 食費               | 0円 | 食費      | 0円 | 食費          | 0円 |
|             | 居住費等             | 0円 | 居住費等    | 0円 | 居住費等        | 0円 |
|             | 合計               | 0円 | 合計      | 0円 | 合計          | 0円 |
| 5<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |    | 軽減額 (B) |    | 利用者負担 (A-B) |    |
|             | 介護費              | 0円 | 介護費     | 0円 | 介護費         | 0円 |
|             | 食費               | 0円 | 食費      | 0円 | 食費          | 0円 |
|             | 居住費等             | 0円 | 居住費等    | 0円 | 居住費等        | 0円 |
|             | 合計               | 0円 | 合計      | 0円 | 合計          | 0円 |
| 6<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |    | 軽減額 (B) |    | 利用者負担 (A-B) |    |
|             | 介護費              | 0円 | 介護費     | 0円 | 介護費         | 0円 |
|             | 食費               | 0円 | 食費      | 0円 | 食費          | 0円 |
|             | 居住費等             | 0円 | 居住費等    | 0円 | 居住費等        | 0円 |
|             | 合計               | 0円 | 合計      | 0円 | 合計          | 0円 |
| 7<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |    | 軽減額 (B) |    | 利用者負担 (A-B) |    |
|             | 介護費              | 0円 | 介護費     | 0円 | 介護費         | 0円 |
|             | 食費               | 0円 | 食費      | 0円 | 食費          | 0円 |
|             | 居住費等             | 0円 | 居住費等    | 0円 | 居住費等        | 0円 |
|             | 合計               | 0円 | 合計      | 0円 | 合計          | 0円 |
| 8<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |    | 軽減額 (B) |    | 利用者負担 (A-B) |    |
|             | 介護費              | 0円 | 介護費     | 0円 | 介護費         | 0円 |
|             | 食費               | 0円 | 食費      | 0円 | 食費          | 0円 |
|             | 居住費等             | 0円 | 居住費等    | 0円 | 居住費等        | 0円 |
|             | 合計               | 0円 | 合計      | 0円 | 合計          | 0円 |
| 小計①         | 本来受領すべき利用者負担 (A) |    | 軽減額 (B) |    | 利用者負担 (A-B) |    |
|             | 介護費              | 0円 | 介護費     | 0円 | 介護費         | 0円 |
|             | 食費               | 0円 | 食費      | 0円 | 食費          | 0円 |
|             | 居住費等             | 0円 | 居住費等    | 0円 | 居住費等        | 0円 |
|             | 合計               | 0円 | 合計      | 0円 | 合計          | 0円 |

## 減 免 の 状 況 (      年      月 ~      年 2 月 )

|             | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|-------------|------------------|-----|-----------|-----|-----------------|-----|
| 9<br>月<br>分 | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|             | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|             | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |
|             | 合 計              | 0 円 | 合 計       | 0 円 | 合 計             | 0 円 |
| #<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|             | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|             | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|             | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |
| #<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|             | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|             | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|             | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |
| #<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|             | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|             | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|             | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |
| 1<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|             | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|             | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|             | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |
| 2<br>月<br>分 | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|             | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|             | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|             | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |

|             | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|-------------|------------------|-----|-----------|-----|-----------------|-----|
| 小<br>計<br>② | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|             | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|             | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |
|             | 合 計              | 0 円 | 合 計       | 0 円 | 合 計             | 0 円 |

|                       | 本来受領すべき利用者負担 (A) |     | 軽 減 額 (B) |     | 利 用 者 負 担 (A-B) |     |
|-----------------------|------------------|-----|-----------|-----|-----------------|-----|
| 合<br>計<br>①<br>+<br>② | 介 護 費            | 0 円 | 介 護 費     | 0 円 | 介 護 費           | 0 円 |
|                       | 食 費              | 0 円 | 食 費       | 0 円 | 食 費             | 0 円 |
|                       | 居 住 費 等          | 0 円 | 居 住 費 等   | 0 円 | 居 住 費 等         | 0 円 |
|                       | 合 計              | 0 円 | 合 計       | 0 円 | 合 計             | 0 円 |