

○加須市社会福祉法人等による生計困難者等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要綱

平成22年3月23日

告示第89号

改正 平成23年7月27日告示第219号

(題名改称)

平成26年6月30日告示第218号

平成27年7月31日告示第247号

(目的)

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ついて、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的役割にかんがみ、利用者負担額の軽減（以下「軽減」という。）を実施することにより、介護保険サービスの利用促進を図り、もって福祉の向上に資することを目的とする。

(平成23告示219・一部改正)

(定義等)

第2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。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、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、居住費及び滞在費については、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。

2 この要綱において「社会福祉法人等」とは、前項に規定するサービスを提供する社会福祉法人（社会福祉法（昭和26年法律第45号）第22条に規定する法人をいう。）及び市長が特に認めた団体をいう。

（平成27告示247・一部改正）

（軽減対象者）

第3条 軽減の対象となる者（以下「対象者」という。）は、市民税非課税世帯であって、次の各号のいずれにも該当する者のうち、その者の収入及び世帯の状況、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もの及び生活保護受給者とする。

（1） 年間収入額が単身世帯で150万円以下であって、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350万円以下であって、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。

（平成23告示219・平成27告示247・一部改正）

（軽減手続）

第4条 軽減を行おうとする社会福祉法人等は、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知事並びに市長に対して、社会福祉法人等による利用者負担軽減措置の実施申出書（様式第1号及び様式第2号）により、それぞれ申出を行うものとする。

2 軽減を受けようとする対象者は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（様式第3号）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項に規定する申請書の提出があったときは、社会福祉法人等利

利用者負担軽減対象決定・却下通知書（様式第4号。以下「決定通知書」という。）により通知するとともに、軽減の決定をしたときは、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。

4 第1項の申出を行った社会福祉法人等は、サービスの提供を行うときは、確認証を提示した対象者に対して確認証の内容に基づき、軽減を行うものとする。

（平成27告示247・一部改正）

（確認証の有効期限）

第5条 確認証の有効期限は、確認証を発行した日以後の最初の7月末日とする。

（平成26告示218・一部改正）

（確認証の再交付）

第6条 確認証の交付を受けた者は、交付された確認証を紛失し、又は破損したときは、確認証の再交付を市長に申請することができる。

2 第4条第2項の規定は、確認証の再交付申請の場合について準用する。

（確認証の返還）

第7条 確認証の交付を受けた者又は世帯主等は、次に掲げる事由が生じたときは、遅滞なく、確認証を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、加須市の介護保険の被保険者でなくなったとき。

（3） 確認証の交付を受けた者が、法第41条第1項に規定する要介護被保険者又は同法第53条第1項に規定する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。

（軽減の内容）

第8条 軽減の程度は、第2条第1項に掲げる各サービスの利用者負担額の4

分の1（老齢福祉年金受給者は2分の1）とする。ただし、生活保護受給者は、利用者負担（個室の居住費に限る。）の全額とする。

2 前項の軽減額に1円未満の端数を生じたときは、その端数を切り捨てるものとする。

（平成23告示219・一部改正）

（助成）

第9条 市は、社会福祉法人等が利用者負担を軽減した総額のうち、当該法人等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パーセントを超えた部分の2分の1を上限として助成する。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（特別養護老人ホーム）に係る利用者負担額を軽減する社会福祉法人等については、事業所（施設）を単位として算定し、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額に対する割合が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。

2 助成を受けようとする社会福祉法人等は、生計困難者利用者負担軽減助成金交付申請書（様式第6号）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項に規定する申請書の提出があったときは、その内容を審査し、その結果を生計困難者利用者負担軽減助成金交付決定・却下通知書（様式第7号）により、社会福祉法人等に通知するものとする。

4 助成を受けた社会福祉法人等は、事業が完了したときは、速やかに生計困難者利用者負担軽減助成金実績報告書（様式第8号）を市長に提出しなければならない。

5 市長は、前項に規定する報告書の提出があったときは、その内容を審査し、助成額を確定し、その結果を生計困難者利用者負担軽減助成金交付額確定通知書（様式第9号）により、社会福祉法人等に通知するものとする。

（平成27告示247・一部改正）

（書類の整備等）

第10条 助成を受けた社会福祉法人等は、軽減に係る収入及び支出等を明ら

かにした帳簿を備え、かつ、当該収入及び支出等についての証拠書類を整備し、及び保管しておかなければならない。

2 前項の帳簿及び証拠書類は、当該軽減に係る会計年度の翌会計年度から5年間保管しなければならない。

(その他)

第11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 この告示は、平成22年3月23日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の日の前日までに、合併前の加須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実施要綱（平成12年加須市告示第50号）、社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減に関する助成要綱（平成12年騎西町告示第56号）、社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の減免等に関する助成要綱（平成12年北川辺町要綱第84号）又は社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担の軽減に関する助成要綱（平成12年8月1日大利根町施行）の規定によりなされた決定、手続その他の行為は、それぞれこの告示の相当規定によりなされたものとみなす。

(平成26年7月に交付する確認証の有効期限の特例)

3 平成26年7月1日から同月31日までの間に交付する確認証の有効期限は、第5条の規定にかかわらず、平成27年7月末日までとする。

(平成26告示218・追加)

附 則（平成23年告示第219号）

この告示は、公布の日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則（平成26年告示第218号）

この告示は、平成26年7月1日から施行する。

附 則（平成27年告示第247号）

この告示は、平成 27 年 8 月 1 日から施行する。

様式第1号(第4条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減措置の実施申出書

(社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担の軽減措置)

年 月 日

知事 様

法 人 名

代表者氏名



(理事長印)

社会福祉法人等による利用者負担軽減措置を次のとおり実施したいので申し出ます。

届 出 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		F A X 番 号	
	法人の種別			法 人 所 管 庁	
	代表者の職			フリガナ 氏 名	
	代 表 者 の 住 所	(郵便番号 -)			
軽 減 措 置 実 施 事 業 所	実 施 事 業 の 種 類	事業者番号	事業所の名称	所在地	軽減開始日

様式第2号（第4条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減措置の実施申出書

（社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担の軽減措置）

年 月 日

加須市長 様

法 人 名

代表者氏名



（理事長印）

社会福祉法人等による利用者負担軽減措置を次のとおり実施したいので申し出ます。

届 出 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		F A X 番 号	
	法人の種別			法 人 所 管 庁	
	代表者の職			フリガナ 氏 名	
	代 表 者 の 住 所	（郵便番号 - ）			
軽 減 措 置 実 施 事 業 所	実 施 事 業 の 種 類	事業者番号	事業所の名称	所在地	軽減開始日

様式第3号(第4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	
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
住所	〒 電話 ()			
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			
	世帯員			
加須市長 様 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申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話 ()				

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況を把握)
有効期限	
年 月 日	

様式第4号(第4条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定・却下通知書

(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

様

加須市長 印

年 月 日付けで申請のあった社会福祉法人利用者負担軽減申請については、次のとおり決定・却下しましたので、加須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実施要綱第4条第3項の規定により通知します。

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
	確認書番号		
2 承認しない	理 由		

様式第5号(第4条関係)

(表)

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	加須市	

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示してください。
- 対象となるサービス（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の各サービス並びに第一号訪問（通所）事業のうち介護予防訪問（通所）介護に相当する事業）
- 二 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。
- 三 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、表面に記載されている減額割合により軽減されます。
- 四 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、減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を加須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。
- 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、加須市にその旨を届けてください。
- 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。

(裏)

様式第6号(第9条関係)

年 月 日

加須市長 様

社会福祉法人名

代表者職氏名



生計困難者利用者負担軽減助成金交付申請書

年度において、本法人が軽減を行った費用に対する助成金として、次の金額を
交付されたく、関係書類を添えて申請します。

申請金額 金 _____ 円

(添付書類)

- 1 助成金交付申請額内訳書
- 2 資金収支予算内訳表抄本(社会福祉法人会計基準 第2号—1 様式)
※「経常活動による収支」部分



助成金交付申請額内訳書

法人名 _____
 保険者市町村名 _____

種別	利用料相当額 (全利用者から受 領すべき金額)	1%相当額	軽減額	当該市町村被保 険者軽減額(再 掲)	差引額	当該市町村助成 基本額	助成率	助成所要額
	a	$b(a \times 0.01)$	c	d	$e(c - b)$	$f(e \times d / c)$	g	$h(f \times g)$
特養								
デイ								
ショート								
ヘルプ								
合計								

※ 太枠 内は保険者にかかわらず、介護保険サービスに係る全利用者のデータに基づき、算出すること。

<記載要領>

- 1 本票は助成を受けようとする保険者たる市町村ごとに作成する。
- 2 a欄には、当該法人の提供する特養・ヘルプ・デイ・ショートの各介護保険サービスの提供を受けた者のすべて(保険者を問わない)から本来徴収すべき利用料(介護費負担・食費負担・日常生活費負担)の総額を記入する。
- 3 b欄には、a欄で得られた額に0.01を乗じた額を記入する(端数切捨て)。
- 4 c欄には、当該法人の提供する特養・ヘルプ・デイ・ショートの各介護保険サービスの提供を受ける際、法人が軽減した利用料(介護費負担・食費負担・日常生活費負担)の総額を記入する。
- 5 d欄には、c欄で得られた額のうち、これから助成を受けようとする市町村を保険者とする者の分を再掲する。
- 6 e欄には、c欄からb欄を減じた額を記入する。
- 7 f欄には、e欄にd欄を乗じ、c欄で除した額を記入する(端数切捨て)。
- 8 f欄で得た額に各市町村の補助率g欄の助成率(1/2)を乗じて得た額が、法人の受ける助成金となる。
- 9 h欄の額は、千円未満切捨てとする。

様式第7号(第9条関係)

第 号
年 月 日

社会福祉法人名
代表者職氏名 様

加須市長 

生計困難者利用者負担軽減助成金交付決定・却下通知書

年 月 日付けで交付申請のあった 年度加須市生計困難者利用者
負担軽減助成金については、次のとおり決定・却下したので通知します。

- 1 交付決定額 金 円
- 2 支払方法 概算払
- 3 交付の条件
- 4 却下の理由

様式第8号(第9条関係)

年 月 日

加須市長 様

社会福祉法人名

代表者職氏名

㊟

生計困難者利用者負担軽減助成金実績報告書

年 月 日付け第 号で交付決定を受けた 年度加須市生計困難者利用者負担軽減助成金について、当該事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

精算額 金 _____ 円

(添付書類)

- 1 助成金精算額内訳書
- 2 資金収支決算内訳表抄本(社会福祉法人会計基準 第2号—2様式)
※ 「経常活動による収支」部分

助成金精算額内訳書

法人名 _____
 保険者市町村名 _____

種別	利用料相当額 (全利用者から受 領すべき金額)	1%相当額 b(a×0.01)	軽減額 c	当該市町村被保 険者軽減額(再 掲)	差引額 e(c-b)	当該市町村助成 基本額 f(e×d/c)	助成率 g	助成所要額 h(f×g)
	a	b(a×0.01)	c	d	e(c-b)	f(e×d/c)	g	h(f×g)
特養								
デイ								
ショート								
ヘルプ								
合計								

※ 太枠 内は保険者にかかわらず、介護保険サービスに係る全利用者のデータに基づき、算出すること。

<記載要領>

- 1 本票は助成を受けようとする保険者たる市町村ごとに作成する。
- 2 a欄には、当該法人の提供する特養・ヘルプ・デイ・ショートの各介護保険サービスの提供を受けた者のすべて(保険者を問わない)から本来徴収すべき利用料(介護費負担・食費負担・日常生活費負担)の総額を記入する。
- 3 b欄には、a欄で得られた額に0.01を乗じた額を記入する(端数切捨て)。
- 4 c欄には、当該法人の提供する特養・ヘルプ・デイ・ショートの各介護保険サービスの提供を受けた際、法人が軽減した利用料(介護費負担・食費負担・日常生活費負担)の総額を記入する。
- 5 d欄には、c欄で得られた額のうち、これから助成を受けようとする市町村を保険者とする者の分を再掲する。
- 6 e欄には、c欄からb欄を減じた額を記入する。
- 7 f欄には、e欄にd欄を乗じ、c欄で除した額を記入する(端数切捨て)。
- 8 f欄で得た額に各市町村の補助率g欄の助成率(1/2)を乗じて得た額が、法人の受ける助成金となる。
- 9 h欄の額は、千円未満切捨てとする。

様式第9号(第9条関係)

第 号
年 月 日

社会福祉法人名
代表者職氏名 様

加須市長 

生計困難者利用者負担軽減助成金交付額確定通知書

年 月 日付け 第 号で交付決定を通知した、 年度加須市生計困難者利用者負担軽減助成金については、 年 月 日付けの実績報告書に基づき、次のおり交付金額を確定したので通知します。

(なお、超過交付額となった金 円については、 年 月 日までに返還してください。)

交付確定額 金 円

様式第1号（第4条関係）

（平成27告示247・全改）

様式第2号（第4条関係）

（平成27告示247・全改）

様式第3号（第4条関係）

様式第4号（第4条関係）

様式第5号（第4条関係）

（平成27告示247・一部改正）

様式第6号（第9条関係）

様式第7号（第9条関係）

様式第8号（第9条関係）

様式第9号（第9条関係）