

韮崎市社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に規定する介護保険サービス（以下「サービス」という。）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、低所得で生計が困難である者及び生活保護受給者に対して、利用者負担額の軽減を行う場合において、市がその助成措置を講じることにより、サービスの利用促進を図ることを目的とする。

(軽減実施の申出)

第2条 次条に定める利用者負担額の軽減を行おうとする社会福祉法人等は、市長に社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書（第1号様式）を提出するとともに、山梨県知事が定める申出書を提出しなければならない。

(軽減対象となる利用者負担額)

第3条 軽減の対象となる利用者負担額は、法に基づく訪問介護、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、介護老人福祉施設サービス、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。）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。

(軽減の対象者)

第4条 軽減の対象となる者（次条において「対象者」という。）は、市民税非課税世帯であって、次に掲げる要件を満たす者のうち、その者の収入及び世帯の収入の状況、利用者負担額等を総合的に勘案し、生計が困難であると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、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額の割合が5パーセント以下のものについては、軽減の対象としない。ただし、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、この限りでない。

3 前2項の規定にかかわらず、生活保護受給者は、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。

(軽減申請及び認定)

第5条 社会福祉法人等からサービスの提供を受け、利用者負担額の軽減を受けようとする利用者は、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書（第2号様式）に社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認収入等状況申告書（第3号様式）を添えて、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定により申請した者が、対象者であると認めるときは、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者決定通知書（第4号様式）により当該申請者に通知するものとする。

(軽減確認証)

第6条 市長は、前条の規定により認定した者（以下「認定者」という。）に対して、社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証（第5号様式。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

2 前項の確認証の有効期間は、申請の日の属する月の初日から当該日以後の最初の7月31日までとする。

(軽減の実施)

第7条 認定者は、社会福祉法人等のサービスの提供を受け、利用者負担額の軽減を受けようとする場合は、確認証を提示するものとする。

2 前項の規定により確認証の提示を受けた社会福祉法人等は、提示した利用者に対し利用者負担額の軽減を実施するものとする。

(確認証の更新)

第8条 認定者は、有効期間が満了した後においても確認証の交付が必要な場合は、確認証の更新申請を行うことができる。

2 第5条及び第6条の規定は、前項の申請に係る手続に準用する。

(確認証の記載事項の変更)

第9条 認定者は、確認証の記載事項に変更が生じたときは、速やかに社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証記載事項変更・再交付申請書(第6号様式)に被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添えて、市長に提出し、新たな確認証の交付を受けるものとする。

2 確認証の記載事項の変更に係る申請は、前項の申請書に当該確認証を添えて行わなければならない。

(確認証の再交付)

第10条 認定者は、確認証を紛失し、又は破損した場合は、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証記載事項変更・再交付申請書(第6号様式)に被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添えて、市長に提出することにより、確認証の再交付を受けることができる。

2 破損による確認証の再交付は、前項の申請書に確認証を添えて行わなければならない。

3 確認証の紛失による再交付を場合において、紛失した確認証を発見したときは、速やかに、紛失した確認証を市長に返還するものとする。

(確認証の返還)

第11条 認定者は、次の各号のいずれかの事由が生じたときは、遅滞なく、確認証を市長に返還するものとする。

- (1) 確認証の期限が到来したとき。
- (2) 本市の被保険者でなくなったとき。
- (3) 要介護被保険者又は要支援被保険者でなくなったとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要であると認めるとき。

(軽減の程度等)

第12条 軽減の程度は、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)の軽減とし、免除は行わないものとする。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。

(助成措置)

第13条 助成措置の対象は、社会福祉法人等が利用者負担額を軽減した総額(市が認定した者に係るものに限る。次項において「軽減総額」という。)から当該社会福祉法人等が本来受領すべき利用者負担額の総額(軽減の対象となるものに限る。)の1パーセントを減じた額(以下この条において「助成対象額」という。)とし、助成措置は、当該社会福祉法人等の収支状況を踏まえ、その助成対象額の2分の1を基本として、その範囲内で実施するものとする。

2 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社会福祉法人等についての助成措置は、軽減総額から当該施設の運営に関し本来受領すべき利用者負担額の総額の10パーセントを減じた額とし、その全額を助成措置の対象として、助成対象額に加えるものとする。この場合において、この助成額の算定については、事業所（施設）を単位として行うものとする。

（高額介護サービス費等の支給の適用）

第14条 法第51条に規定する高額介護サービス費の支給又は法第61条に規定する高額介護予防サービス費の支給の適用については、第7条第2項の軽減を行った後の利用者負担額に対して支給するものとする。ただし、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第2段階の者の施設サービス費に係る利用者負担額に対しては、軽減の対象としない。

2 法第51条の2に規定する特定入所者介護サービス費の支給、法第51条の3に規定する特例特定入所者介護サービス費の支給、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の支給又は法第61条の3に規定する特例特定入所者介護予防サービス費の支給の適用については、当該サービス費の支給後の利用者負担額に対して、第7条第2項の軽減を行うものとする。

（その他の措置の適用）

第15条 法施行時に蕪崎市訪問介護利用者利用者負担額減額措置事業の利用者に対する支援措置の適用については、当該支援措置を適用した後、必要に応じて第7条第2項の軽減を行うものとする。ただし、障害者等ホームヘルプサービス事業の利用者に対しては、同項の軽減を適用しないものとする。

（不正利得に対する措置）

第16条 市長は、偽りの申請その他不正の手段により、この告示に規定する軽減の対象となったと認めるときは、その者から当該軽減額の全部又は一部の返還を命じることができる。

（補則）

第17条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、令和2年4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廃止前の蕪崎市社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業実施要綱

(平成20年8月蕪崎市訓令乙第31号)の規定によりなされた決定その他の手続は、この告示の相当規定によりなされたものとみなす。

(蕪崎市社会福祉法人等による利用者負担額軽減事業費補助金交付要綱の一部改正)

- 3 蕪崎市社会福祉法人等による利用者負担額軽減事業費補助金交付要綱(令和2年2月蕪崎市告示第4号)の一部を次のように改正する。

(次のよう略)

第1号様式（第2条関係）
 第1号様式（第2条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年 月 日

（宛先） 葦崎市長

所在地
 申請者 名 称
 代表者氏名 ㊟

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

申請者	名 称				
	主たる事務所の所在地	〒 ー)			
	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	〒 ー)			
軽減実施事業所の状況	事業所の名称 (事業者番号)	所在地	実施事業の種類		
軽減事業開始年月日			年 月 日		

第2号様式 (第5条関係)
 第2号様式 (第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担額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		被保険者番号			
被保険者氏名		性 別			
生年月日		電 話 番 号			
住 所					
利用者負担額 軽減申請理由	1 市民税非課税世帯であり、かつ、所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため。 2 軽減対象者に該当すると思われ、かつ、老齢福祉年金受給者であるため。				
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
(宛先) 菫崎市長 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者の確認を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ⑩ 電話番号					
委任状 <本人> 氏名 ⑩ 私は、下記の者にこの申請を委任します。 <代理人> 住所 氏名 (本人との関係)					
市記入欄					
交付年月日		確認番号	受付	申請入力	決定入力
適用年月日					
有効期限					

第3号様式（第5条関係）
第3号様式（第5条関係）

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認収入等状況申告書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年 月 日

（宛先） 蕪崎市長

申請者 住所
（被保険者）氏名 ㊦

年中の私及び私の属する世帯員全員の収入等について、次のとおり申告します。

1 私の所得状況

① 所得（年金を除く。）

なし あり（下記に記入してください）

区分 給与所得 事業（農業・小売業・サービス事業等）所得 不動産所得 その他所得

区分	所得金額
	円
	円
	円
計 (①)	

※内容の分かる書類（申告書・源泉徴収票等）のコピーを添付

② 年金収入等

受給していない 受給している（下記の種類に○印をして金額を記入してください。）

年金の種類

国民年金 老齢福祉年金 厚生年金 共済年金	年間受給額
農業者年金 恩給 遺族年金 障害年金	
その他（ ）	
計 (②)	

※内容の分かる書類（公的年金等の源泉徴収票・振込口座の通帳等）のコピーを添付

③ その他収入（仕送り・援助金等（施設への支払いを含む。））

なし あり（下記に記入してください。）

氏名	住所	続柄	電話番号	年間総額
				円
				円
計 (③)				円

(ア) 私の収入合計①+②+③ 円

2 私以外の世帯全員の所得・年金収入

氏名	前年中の所得（年金を除く。）		前年中の年金収入	
	区分	金額	年金の種類	金額
		円		円
		円		円
		円		円
(イ)			私以外の世帯員の収入合計	円

世帯全員の収入合計 (ア) + (イ)	
------------------------	--

3 私の預貯金等の状況

種類	有・無	預貯金先	預貯金額
普通預貯金	有・無		円
定期預貯金	有・無		円
有価証券・社内預金等	有・無		円
(ウ)		合 計	円

4 私以外の世帯員の預貯金等の状況

種類	有・無	預貯金先	預貯金額
普通預貯金	有・無		円
定期預貯金	有・無		円
有価証券・社内預金等	有・無		円
(エ)		合 計	円

※ 3、4は、預貯金通帳・証書類をコピーしてください。

世帯員の預貯金 合計(ウ) + (エ)	円
------------------------	---

5 私の扶養状況

① 個人市民税の扶養控除において

控除対象扶養親族となっている 扶養義務書

氏名	住所	続柄
市町村民税の課税状況（課税・非課税）		

控除対象扶養親族となっていない

② 健康保険等の医療保険において

- 扶養親族となっている 扶養義務書

氏名	住所	続柄
市町村民税の課税状況（課税・非課税）		

- 扶養親族となっていない

※ 健康保険証（カード式の場合は、本人のみ）をコピーしてください。

6 私及び私の属する世帯全員の住宅の用に供する家屋その他日常生活に必要な資産以外の資産の所有状況

- 所有している （ ）
 所有していない

7 介護保険料の納入状況

- 納入済である
 滞納している

※注意事項

偽りの申請その他不正の手段によりこの軽減を受けた場合は、軽減額の全部又は一部を返還してもらうことがありますので、ご注意ください。

同意書

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減等の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯全員及び扶養義務者（以下「私等」という。）の収入又は資産の状況について、官公署に調査を委託し、若しくは金融機関、信託会社その他の機関又は私等の雇用主その他関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

(宛先) 葦崎市長

(被保険者) 住所
氏名 ①

(世帯員) 氏名 ①
氏名 ①
氏名 ①
氏名 ①
氏名 ①

(扶養義務者) 住所
氏名 ①
続柄

氏名 ①
続柄

※署名において児童・学生を除く。

※施設入所者で、旧世帯がある場合は、旧世帯全員の署名をしてください。

第 号
年 月 日

様

菟崎市長



社会福祉法人等利用者負担額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)

先に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者氏名		介護保険被保険者番号	
--------	--	------------	--

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 社会福祉法人等利用者負担額軽減 有効期限 年 月 日 確認番号
2 承認しない	理由

第5号様式（第6条関係）
 第5号様式（第6条関係）

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> 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				
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	<table border="1" style="margin: 0 auto; width: 100px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table> 山梨県韮崎市水神一丁目3番1号 韮崎市 印						

第6号様式（第9条、第10条関係）

