

島原地域広域市町村圏組合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14年1月21日告示第1号

| | | |
|----|-----------------|------------------|
| 改正 | 平成16年3月1日告示第1号 | 平成17年12月8日告示第15号 |
| | 平成20年3月6日告示第4号 | 平成21年3月31日告示第6号 |
| | 平成23年2月28日告示第1号 | 平成23年4月1日告示第6号 |
| | 平成24年9月7日告示第14号 | 平成25年7月31日告示第12号 |
| | 平成26年4月1日告示第12号 | 平成27年9月3日告示第24号 |
| | 平成28年3月29日告示第8号 | 平成30年7月5日告示第23号 |
| | 令和元年6月17日告示第1号 | 令和2年5月19日告示第11号 |
| | 令和3年3月29日告示第7号 | 令和4年6月1日告示第8号 |
| | 令和5年3月16日告示第5号 | |

(趣旨)

第1条 この要綱は、「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12年5月1日老発第474号厚生省老人保健福祉局長通知。以下「局長通知」という。)及び「島原地域広域市町村圏組合に島原市の規則の規定を準用する規則」(昭和47年島原地域広域市町村圏組合規則第5号。以下「規則」という。)第4号に定めるもののほか、低所得で生計が困難である者及び生活保護受給者(生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第1項に規定する被保護者をいう。)(以下「生計困難者」という。))について、介護保険サービスの利用者負担額を軽減した社会福祉法人(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。))又は社会福祉法人以外の法人であって島原地域広域市町村圏組合管理者(以下「管理者」という。))が認めるもの(以下「社会福祉法人等」という。))に対し、予算の範囲内において補助金を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(軽減の対象者)

第2条 この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(以下「事業」という。))の軽減の対象者(以下「軽減対象者」という。))は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 次に掲げるすべての要件を満たす者であって、生計が困難である者として管理者が認めたもの(次号及び第3号に該当する者を除く。)
 - ア 市町村民税非課税世帯に属する者であること。
 - イ 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。
 - ウ 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。

エ 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。

オ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

カ 介護保険料を滞納していないこと。

(2) 介護保険法施行法(平成9年法律第124号)第13条第3項の要介護旧措置入所者であつて、利用者負担額割合が100分の5以下であるもの

(3) 生活保護受給者

(4) 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日施行又は令和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、廃止時点において本事業に基づく軽減又は介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第51条の3第1項に規定する特定入所者介護サービス費及び法第61条の3第1項に規定する特定入所者介護予防サービス費の支給により居住費又は滞在費の利用者負担がなかった者のうち、引き続き第1号に該当する者

(5) 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、第14条に規定する補助金の交付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。この場合の実施方法は、第2条から第6条のとおりとする。

(社会福祉法人等による申出)

第3条 生計困難者について介護保険サービスの提供を行おうとする社会福祉法人等が利用者負担額の軽減を行おうとするときは、社会福祉法人等による利用者負担額軽減申出書(様式第1号)により管理者に対して局長通知3(1)の申し出を行うものとする。

(対象サービス及び利用者負担額の軽減額)

第4条 事業の対象となるサービス(以下「対象サービス」という。)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 軽減対象者に係る利用者負担額は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる費用負担に対して行うものとする。

(1) 第2条第1号に該当する者が利用する対象サービスに係る利用者負担額、食事に係る利用者負担額及び居住費若しくは滞在費又は宿泊費に係る利用者負担額

(2) 第2条第2号に該当する者が利用する対象サービスに係る居住費又は滞在費に係る

利用者負担額（ユニット型個室の利用に要する費用に限る。）

(3) 第2条第3号に該当する者が利用する対象サービスに係る居住費又は滞在費に係る利用者負担額（個室の利用に要する費用に限る。）

3 軽減の額は、利用者負担額の4分の1（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第38条第1項第1号イに規定する者（以下「高齢福祉年金受給者」という。）の場合は2分の1、生活保護受給者の場合は全額）とする。

4 第2条第4号に規定する者は、前各項の規定にかかわらず、居住費以外に係る利用者負担については4分の1（高齢福祉年金受給者の場合は2分の1）とし、居住費に係る利用者負担については全額とする。

（軽減の申請）

第5条 この事業による軽減制度を受けようとする者は、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書（様式第2号）に、収入等申告書（様式第2号の2）及び第2条に規定する要件を確認できる書類等を添付して管理者に提出しなければならない。

（軽減の決定）

第6条 管理者は、前条の申請を受理したときは、その内容の審査を行い、結果について社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象決定通知書（様式第3号）により、当該申請に係る被保険者に通知するものとする。

2 管理者は、軽減の対象になると認めた者に対して、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証（様式第4号。ただし、生活保護受給者に対しては様式第4号の2。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

（確認証の提示）

第7条 前条の確認証の交付を受けた者（以下「認定者」という。）は、事業を行う社会福祉法人等（以下「対象法人」という。）が提供する対象サービスを利用するときは、対象法人に対して事前に確認証等を提示しなければならない。

（確認証の有効期間）

第8条 確認証の有効期間は、申請日の属する月の初日から申請日の属する年度の翌年度の7月31日までとする。ただし、申請が4月1日から7月31日までの間に行われた場合は、申請日の属する月の初日からその年度の7月31日までとする。

（確認証の更新）

第9条 確認証は、その交付期日にかかわらず、毎年8月1日に更新するものとする。

2 前項の規定により更新をしようとする認定者は、有効期間が満了する日の5日前までに更新の申請をしなければならない。

3 第5条の規定は、前項の更新の申請について準用する。

（確認証の返還）

第10条 認定者は、次の各号に掲げる事由に該当するときは、遅滞なく確認証を管理者に

返還しなければならない。

- (1) 介護保険の被保険者の資格を喪失したとき
- (2) 第2条に規定する軽減対象者の要件に該当しなくなったとき
- (3) 確認証の有効期間が満了したとき

(記載事項変更の届出)

第11条 認定者は、確認証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、確認証を添えて管理者にその旨を届出なければならない。

(他施策との適用関係)

第12条 この要綱に基づく利用者負担額の軽減は、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支給後の利用者負担額を対象として行うものとする。

- 2 高額サービス費及び高額医療合算介護サービス費の支給は、この要綱に基づく軽減適用後の利用者負担額を対象として行うものとする。

(給付管理業務との関係)

第13条 給付管理業務においては、対象法人による利用者負担額の軽減措置は、適用しない。

(法人に対する補助金の交付)

第14条 管理者は、利用者負担額の軽減を行った対象法人に対し補助金を交付するものとする。

(交付対象経費)

第15条 この補助金の交付の対象となる経費は、3月から翌年2月までに対象法人が提供した対象サービスを対象とし、対象法人の本来受領すべき利用者負担額収入（軽減対象サービスに係るものに限る。）のうち島原地域広域市町村圏組合（以下「本組合」という。）の被保険者分に係る額とする。

(軽減に対する補助金の算定)

第16条 この補助金の算定対象は、対象法人による利用者負担額の軽減総額が本来受領すべき利用者負担額（軽減対象サービスに係るものに限る。）の100分の1を超えた額（本組合の被保険者分に係る額に限る。）とし、補助率は当該額の2分の1以下とする。

- 2 この補助金の算定対象については、事業所及び施設を単位として行うこととする。
- 3 介護老人福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る利用者負担額を軽減する対象法人については、軽減総額のうち本来受領すべき利用者負担額に対する割合が100分の10を超える額については、第1項の規定に関わらずその全額（本組合の被保険者分に係る額に限る。）を補助金の算定対象とする。

- 4 前3号の規定により算定された補助金の額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。

(交付の条件)

第17条 この補助金の交付の決定については、次の条件を付すものとする。

- (1) 事業の内容を変更（軽微な変更を除く。）する場合には、管理者の承認を受けなければならない。
- (2) 事業を中止し、又は廃止する場合には、管理者の承認を受けなければならない。
- (3) 対象法人は、事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整備し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業完了後5年間保管しなければならない。
- (4) 対象法人は、利用者負担額に係る領収書を軽減対象者に発行しなければならない。

（補助金の実績報告）

第18条 利用者負担額の軽減を実施した対象法人は、事業完了後には、毎年度管理者が定める期限までに、次に掲げる書類を提出しなければならない。

- (1) 利用者負担額軽減制度事業実績報告書（様式第5号）
- (2) 利用者負担額軽減制度事業実施明細書（様式第5号の2）
- (3) 軽減対象者に発行した領収書の写し

（補助金の額の確定）

第19条 前条の規定により実績報告があった場合、規則に基づき準用する島原市補助金等交付規則（昭和58年島原市規則第9号。以下「交付規則」という。）第14条の規定による補助金の額の確定は、交付確定通知書（交付規則様式第4号）により行うものとする。

（補助金の請求）

第20条 前条の規定により補助金の額が確定した対象事業者は、利用者負担額軽減制度事業補助金請求書（様式第6号）及び所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書）個表（訪問介護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護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。）は様式第6号の2、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は様式第6号の3）を管理者に提出しなければならない。

（補助金の交付）

第21条 管理者は、前条の規定により補助金の請求があったときは、補助金を交付するものとする。

（実施細目）

第22条 この要綱の施行に関し必要な事項は、管理者が別に定める。

附 則

(施行期日等)

第1条 この要綱は、公布の日から施行し、平成13年4月1日から適用する。

(島原地域広域市町村圏組合社会福祉法人等介護保険利用者負担減額実施要綱の廃止)

第2条 島原地域広域市町村圏組合社会福祉法人等介護保険利用者負担減額実施要綱（平成12年島原地域広域市町村圏組合告示第8号）は廃止する。

(介護報酬改定に伴う特例措置)

第3条 平成21年4月1日から平成23年3月31日までの間に対象サービスを利用する場合における第4条の規定については、同条中「4分の1」とあるのは「28%」と、「2分の1」とあるのは「53%」と読み替えるものとする。

附 則（平成16年3月1日告示第1号）

この要綱は、公布の日から施行し、第1条による改正後の島原地域広域市町村圏組合訪問介護利用者負担減額実施要綱の規定は、平成15年7月1日から適用する。

附 則（平成17年12月8日告示第15号）

この要綱は、公布の日から施行し、平成17年10月1日以降実施された事業について適用する。

附 則（平成20年3月6日告示第4号）

この要綱は、公布の日から施行し、平成18年6月1日から適用する。

附 則（平成21年3月31日告示第6号）

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成23年2月28日告示第1号）

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成23年4月1日告示第6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9月7日告示第14号）

(施行期日)

1 この要綱は、平成24年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱による改正前の島原地域広域市町村圏組合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の規定による平成24年4月1日から平成24年9月30日までに実施された軽減に係る補助金の交付については、なお従前の例による。

附 則（平成25年7月31日告示第12号）

この要綱は、平成25年8月1日から施行する。

附 則（平成26年4月1日告示第12号）

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成27年9月1日告示第24号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、告示の日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

（経過措置）

- 2 この要綱による改正前の島原地域広域市町村圏組合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の規定により決定された軽減の期間について、「平成27年6月30日まで」となっている場合は、「7月31日まで」と読み替えるものとする。

附 則（平成28年3月29日告示第8号）

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年7月5日告示第23号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和元年6月17日告示第1号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和2年5月19日告示第11号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和3年3月29日告示第7号）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和4年6月1日告示第8号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱施行の際、現にある改正前の様式（以下、「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下、「新様式」という。）により提出されたものとみなす。
- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和5年3月16日告示第5号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱施行の際、現にある改正前の様式（以下、「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下、「新様式」という。）により提出されたものとみなす。
- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書

類として使用することができる。

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措置)

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

所在地

申請者

名称

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を実施するので、下記のとおり申し出ます。

| | | | | | |
|----------------|----------------|------|--|-------------|--|
| 申請者 (法人) | フリガナ 名称 | | | | |
| | 主たる事務所の 所在地 | 〒 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | F A X 番号 | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | | フリガナ 氏名 | |
| | 代表者の住所 | 〒 | | | |
| 軽減を実施する 事業所 | 事業所の名称 | 所在地 | | 実施事業の種類 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

様式第2号 (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額の軽減制度)

| | | | |
|---|-------------|--------|---------|
| フリガナ | | 確認番号 | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| 住所 | 電話 () | | |
| 利用者負担額 軽減申請理由 | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 性別 |
| 世帯構成 | 世帯主 | | |
| | 世帯員 | | |
| | | | |
| <p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>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申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 電話番号 () 氏名</p> | | | |

保険者記入欄

| 該当・非該当 | 備 考 |
|---------|---|
| 軽減率 | <p>【所得状況等を把握】</p> <p>年度市町村民税 本人（課税・非課税） 世帯（課税・非課税） 高齢福祉年金の受給（有・無） 生活保護の有無（有・無） 年間収入 円 預貯金等 円 日常生活に供する資産以外の活用できる資産（有・無） 負担能力のある親族等の扶養（有・無） 介護保険料の滞納（有・無）</p> |
| 交付年月日 | |
| 年 月 日 | |
| 適用年月日 | |
| 年 月 日から | |
| 有効期限 | |
| 年 月 日まで | |

収入等申告書

【社会福祉法人等利用者負担額軽減制度】

| 氏名 | | 申請者 | 世帯主 | 世帯員 | | | 合計 |
|-------|---------------------------|-----|---------|-----|-----|-----|----|
| | | | | | | | |
| 要件 | | | | | | | |
| (1) | 年間収入額 (前年) | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| (2) | 預貯金等 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| (3) | 日常生活に供する資産以外に活用できる資産 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| (4-1) | 負担能力のある親族等からの扶養 (氏名 (続柄)) | 有・無 | (4-2)備考 | | | | |

- ※ 備考 (1) 収入額を証する書類【世帯全員の所得証明、若しくは源泉徴収票・年金支払い通知書・確定申告書の写し・その他収入を証する書類等】を添付すること。
 なお、年間収入には非課税収入 (遺族、障害者年金等) や仕送りなども含みます。
 (2) 預貯金等の額を証する書類 (預金通帳の写し) を添付すること。(預貯金等は有価証券、債権等も含む。)
 (3) 日常生活に供する資産とは現在居住している土地と家屋であり、活用できる資産とは住所地とは別に宅地や家屋等を所有している場合を示します。
 (4) 扶養について、市町村民税の控除対象者や医療保険の被扶養者であれば、「扶養有り」となるが、特段の事情があり実質的に扶養されていない事が確認できた場合は「扶養なし」とし、備考欄にその旨記載をお願いします。

上記の申告については事実と相違ありません。 申請者

(表面)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|---|
| 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証 (社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度) | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 確認番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 適用年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 有効期限 | | | | | | | | | | | | |
| 軽減割合 | | | | | | | | | | | | | |
| 発行機関名 及び印 | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 所在地 島原地域広域市町村圏組合 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> </tr> </table> 電話番号 | | | | | | | 4 | 2 | 8 | 4 | 3 | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 2 | 8 | 4 | 3 | 3 | | | | | | | | |

(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。
- 二 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、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。）です。ただし、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、介護老人福祉施設サービス及び介護予防短期入所生活介護は、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り、自己負担割合が保険給付と同様のものに限ります。
- 三 この確認証は、長崎県及び島原地域広域市町村圏組合に申し出のあった事業所のみ有効です。
- 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、表面に記載されている軽減割合により軽減されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったり、軽減措置の要件に該当しなくなったり、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証をお住まいの市の市役所、支所に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 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、お住まいの市の市役所、支所にその旨を届け出てください。
- 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。

(表面)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|---|
| 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証 (社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度) | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 確認番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | | |
| | 適 用 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 有 効 期 限 | | | | | | | | | | | | |
| 軽 減 割 合 | (居住費・滞在費のみ) 100/100 | | | | | | | | | | | | |
| 発 行 機 関 名 及 び 印 | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 所在地 島原地域広域市町村圏組合 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> </tr> </table> 電話番号 | | | | | | | 4 | 2 | 8 | 4 | 3 | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 2 | 8 | 4 | 3 | 3 | | | | | | | | |

(裏面)

| |
|--|
| 注 意 事 項 |
| <p> 一 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、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。 三 この確認証は、長崎県及び島原地域広域市町村圏組合に申し出のあった事業所のみ有効です。 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軽減割合により軽減されます。 五 生活保護受給者・支援給付受給者でなくなったとき又は今後、前記のサービスを利用する見込みがないときは、遅滞なく、この証をお住まいの市の市役所、支所に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。 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、お住まいの市の市役所、支所にその旨を届け出てください。 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 </p> |

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

所在地：
 法人名：
 代表者：

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業実績報告書

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業実績報告書（ 年 月分）を別添のとおり提出いたします。

記

[総括]

(単位：円)

| 区 分 | 本来受領すべき利用者負担額 | | 軽 減 し た 額 | | |
|-------|---------------|-----|-----------|-------|-------|
| | 利用者数 | 金 額 | 対象者数 | 通常負担額 | 軽減した額 |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 月 合 計 | | | | | |

- ※ 実施サービス分のみ提出。
- ※ 上記の「本来受領すべき利用者負担額」は、その月の利用者全員分を記入。
- ※ 添付書類：社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業実施明細書

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業実施明細書

サービス種類：

年 月分 (単位：円)

| | 確認番号 (確認証記載) | 被 保 険 者 氏 名 | A利用者負担額 | | B食費負担 | | C居住費負担 | | D日常生活費 | | E合計(A+B+C+D) | |
|-------|-----------------|----------------|---------|-----------|-------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------------|-----------|
| | | | 通常負担 | | 通常負担 | | 通常負担 | | 通常負担 | | 通常負担 | |
| | | | | 軽減し た額 | | 軽減し た額 | | 軽減し た額 | | 軽減し た額 | | 軽減し た額 |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | |
| ページ合計 | | | | | | | | | | | | |

記入上の注意： ※ サービス種類には該当する種類に○をしてください。
 ※ ABCD欄には、上段に通常利用者から徴収する負担額、下段に軽減をした額（1円未満切捨て）を記入してください。
 ※ この明細書は、各月ごとに作成してください。

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金請求書

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

下記のとおり請求します。

年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------|-----------------|--|--|----|--------------------|------|--|--|--|--|-----|
| 請求内訳 | 請求月 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 請求分 |
| | 請求金額 | 金 円 | | | | | | | | | | |
| | 明細枚数 | 枚 | | | | | | | | | | |
| 請求者 | 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| | 法人等住所 | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | 代表者 | | | | | | | | | | | |
| | 電話 | () | | | | | | | | | | |
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | | | 種目 | 1普通 2当座 3その他 | 口座番号 | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

添付書類：所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書）個表（訪問介護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護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。）は様式第6号の2、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は様式第6号の3)

様式第6号の2 (第20条関係)

所要見込額調書 (変更所要見込額調書、所要額調書) 個表

[訪問介護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護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。)]

(年 月～ 年 月分)

1 事業所全体の補助基本額

事業所名

| 本来受領すべき 利用者負担収入 A | 100分の1相当額 B=A×0.01 | 軽減総額 C | 補助対象額 D=C-B | 補助率 E | 補助基本額 F=D×E |
|----------------------|-----------------------|-----------|----------------|----------|----------------|
| 円 | 円 | 円 | 円 | 100分の50 | 円 |

2 市町村別補助所要額

| 市町村名 | 市町村別軽減額 G | 補助所要額 H=F×(G/C) |
|------|-----------|-----------------|
| | 円 | 円 |
| | | |
| | | |
| 計 | (=C) | |

(裏面)

(注)

- 1 本様式は、対象サービス及び事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつける。
- 2 A欄は、該当するサービスの利用者負担全体分の合計金額を、対象サービス及び事業所ごとに記入する。
- 3 B欄は、A欄に100分の1を乗じた額とする（円未満切捨て）
- 4 C欄は、軽減した利用者負担額（1割負担額、食費及び居住費）の総額を記入する。
- 5 D欄は、C欄からB欄を減じた額とし、マイナスの場合は「0」とする。
- 6 F欄は、D欄に補助率Eを乗じた額とする（円未満切捨て）。
- 7 G欄は、C欄の軽減総額を市町村別に記入する。
- 8 H欄は、補助基本額Fに市町村ごとの按分率（軽減総額に占める当該市町村軽減額の比率（ G/C ））を乗じた額とし、当該額を各市町村へ請求することとする（1,000円未満切捨て）。
- 9 変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載する。

様式第6号の3 (第20条関係)

所要見込額調書 (変更所要見込額調書、所要額調書) 個表

[介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護]

(年 月～ 年 月分)

1 事業所全体の補助基本額

施設名

| 本来受領すべき 利用者負担収入 A | 100分の1相当額 B=A×0.01 | 100分の10相当額 C=A×0.1 | 軽減総額 D | 全額公費分 E=D-C | 100分の50公費分 F=D-B-E | 補助率 G | 補助基本額 H= (F×G) +E |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|----------------|-----------------------|----------|----------------------|
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 100分の50 | 円 |

2 市町村別補助所要額

| 市町村名 | 市町村別軽減額 I | 補助所要額 J=H× (I/D) |
|------|-----------|------------------|
| | 円 | 円 |
| | | |
| | | |
| | | |
| 計 | (=D) | |

(裏面)

(注)

- 1 本様式は、施設ごとに作成し、該当するサービスに○をつける。
- 2 A欄は、該当するサービスの利用者負担全体分の合計金額を、対象サービス及び事業所ごとに記入する。
- 3 B欄は、A欄に100分の1を乗じた額とする（円未満切捨て）
- 4 C欄は、A欄に100分の10を乗じた額とする（円未満切捨て）
- 5 D欄は、軽減した利用者負担額（1割負担額、食費及び居住費）の総額を記入する。ただし、実質的負担軽減者については対象外とするが、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、軽減の対象とする。また、特定入所者介護サービス費の適用を行った後の額とする。なお、全ての場合において、本事業に基づく軽減を行った後に高額介護サービス費を支給する。
- 6 E欄は、D欄からC欄を減じた額とし、マイナスの場合は「0」とする。
- 7 F欄は、D欄からB欄及びE欄を減じた額とし、マイナスの場合は「0」とする。
- 8 H欄は、F欄に補助率Gを乗じた額にE欄を加えた額とする（円未満切捨て）
- 9 I欄は、D欄の軽減総額を市町村別に記入する。
- 10 J欄は、補助基本額Hに市町村ごとの按分率（軽減総額に占める当該市町村軽減額の比率（ I/D ））を乗じた額とし、当該額を各市町村へ請求することとする（1,000円未満切捨て）。
- 11 変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載する。