

# 砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱

平成17年 9 月30日

砥部町告示第218号

## (目的)

第1条 この告示は、低所得で特に生計が困難である者(以下「生計困難者」という。)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、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担額の軽減を行う場合に、当該法人等に対し助成を行うことにより、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とする。

## (対象となる費用)

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、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。)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をいう。

## (軽減対象者)

第3条 利用者負担額の軽減を受けることができる者(以下「軽減対象者」という。)は、町民税が非課税である世帯に属する本町の要介護被保険者、要支援被保険者又は介護予防・生活支援サービス事業対象者であって、次に掲げる要件の全てを満たす生計困難者及び生活保護受給者とする。

- (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 旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者については、軽減対象者としませんが、

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。

(軽減の程度)

第4条 軽減対象者に対する軽減の程度は、利用者負担額の4分の1とする。

2 前項の規定にかかわらず、老齢福祉年金を受給している軽減対象者に対する軽減の程度は、利用者負担額の2分の1とする。

3 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を軽減の対象とし、軽減の程度は、利用者負担額の全額とする。

4 平成25年8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額がなかった者のうち、引き続き第3条第1項に該当する者については、第4条第1項及び第2項の規定にかかわらず、軽減の程度を居住費以外に係る利用者負担額については4分の1、老齢福祉年金受給者については2分の1を原則とするとともに、居住費に係る利用者負担額については全額とする。

5 平成26年4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額がなかった者のうち、引き続き第3条第1項に該当する者については、第4条第1項及び第2項の規定にかかわらず、軽減の程度を居住費以外に係る利用者負担額については4分の1、老齢福祉年金受給者については2分の1を原則とするとともに、居住費に係る利用者負担額については全額とする。

6 平成27年4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額がなかった者のうち、引き続き第3条第1項に該当する者については、第4条第1項及び第2項の規定にかかわらず、軽減の程度を居住費以外に係る利用者負担額については4分の1、老齢福祉年金受給者については2分の1を原則とするとともに、居住費に係る利用者負担額については全額とする。

7 平成30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額がなかった者のうち、引き続き第3条第1項に該当する者については、第4条第1項及び第2項の規定にかかわらず、軽減の程度を居住費以外に係る利用者負担額については4分の1、老齢福祉年金受給者については2分の1を原則とするとともに、居住費に係る利用者負担額については全額とする。

8 令和元年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額がなかった者のうち、引き続き第3条第1項に該当する者については、第4条第1項及び第2項の規定にかかわらず、軽減の程度を居住費

以外に係る利用者負担額については4分の1、老齢福祉年金受給者については2分の1を原則とするとともに、居住費に係る利用者負担額については全額とする。

(軽減の実施方法)

第5条 利用者負担額の軽減を実施しようとする社会福祉法人等は、あらかじめ社会福祉法人等利用者負担軽減事業申出書(様式第1号)により、町長に申し出なければならない。

2 軽減を受けようとする軽減対象者は、あらかじめ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)及び収入申告書(様式第3号)又は指定介護老人福祉施設利用者収入申告書(様式第4号)を町長に提出しなければならない。

3 町長は、前項に規定する申請があった場合には、速やかに審査し、軽減の可否を、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書(様式第5号)により、当該申請者に通知するものとする。

4 町長は、前項の規定により軽減をすることが適当と認める場合は、前項の社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書と併せて、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証(様式第6号又は様式第7号。以下「軽減確認証」という。)を交付するものとする。

(軽減確認証の提示)

第6条 軽減対象者が介護サービスを受けて軽減を受ける場合は、介護サービスを提供する社会福祉法人等に軽減確認証を提示しなければならない。

(社会福祉法人等に対する助成金)

第7条 町長は、利用者負担の軽減を行った社会福祉法人等に対し、助成を行うものとする。

2 助成の対象は、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(軽減対象となるものに限る。)の1%を超えた部分の2分の1を上限に助成を行うものとする。ただし、指定介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については、軽減総額のうち、本来受領すべき利用者負担総額の10%を超える部分の全額を助成するものとする。なお、この助成金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。

3 前項の規定にかかわらず、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等については、前項に規定する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。この場合も、助成措置以外の実施方法は、第2条から第6条のとおりとする。

(助成金の申請)

第8条 助成金の交付を受けようとする社会福祉法人等は、町長の定める日までに社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金交付申請書(様式第8号)に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

(交付決定)

第9条 町長は、前条の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金交付決定通知書(様式第9号)により、当該申請者に通知するものとする。

(事業の変更申請)

第10条 前条の交付決定を受けた社会福祉法人等が、事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合は、社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金変更交付申請書(様式第10号)に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による申請があった場合は、社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金変更承認通知書(様式第11号)により、当該申請者に通知するものとする。

(実績報告)

第11条 社会福祉法人等は、社会福祉法人等利用者負担軽減事業実績報告書(様式第12号)に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

(助成金の確定)

第12条 町長は、前条の実績報告書を受理した場合には、その内容を審査し、助成金額を確定し、社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金交付額確定通知書(様式第13号)により、当該法人等に通知するものとする。

(助成金の請求)

第13条 社会福祉法人等は、助成金の交付を受けようとするときは、社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金請求書(様式第14号)を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の助成金請求書を受理した場合は、助成金を当該社会福祉法人等に交付するものとする。

(助成金の取消し又は助成金の返還)

第14条 町長は、交付決定を受けた社会福祉法人等が、次の各号のいずれかに該当する場合は、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。この場合において、既に交付した助成金がある場合は、その助成金の全部又は一部を返還させることができる。

- (1) 助成金を他の用途に使用したとき。
- (2) 事前に町長の承認を受けることなく事業の内容を変更したとき。
- (3) 事業を中止し、又は廃止したとき。
- (4) 事業の遂行が困難になったとき。
- (5) その他助成事業の施行について、不正の行為があったとき。

(書類等の整備)

第15条 社会福祉法人等は、助成金の交付を受けた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、かつ関係帳簿及び証拠書

類を助成金の交付を受けた年度終了後5年間保管しなければならない。

(軽減確認証の更新)

第16条 軽減確認証は、毎年8月に更新するものとする。

(その他)

第17条 この告示に定めるもののほか、利用者負担額の軽減事業に関し、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成17年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行前に、改正前の砥部町社会福祉法人利用者負担減免事業実施要綱の規定によりなされた手続は、この告示の相当規定によりなされた手続とみなす。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成21年4月1日から施行する。

(平成21年4月の介護報酬改定に伴う経過措置)

2 第4条の規定にかかわらず平成21年4月1日から平成23年3月31日までの間における訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、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、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、介護予防小規模多機能型居宅介護に係る利用者負担額の軽減の程度は、利用者負担額の28パーセントとする。ただし、老齢福祉年金を受給している軽減対象者に対する軽減の程度は、利用者負担額の53パーセントとする。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則

(施行期日)

この告示は、平成25年8月1日から施行する。

(経過措置)

改正後の第4条第4項の規定は、平成25年8月1日以後の期間に対応するものについて適用し、同日前の期間に対応するものについては、なお従前の例による。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。



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	年	月	日生	電話番号 ( ) —
住所	〒 —			
利用者負担額軽減申請理由				
	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	年	月	日生
	世帯員	年	月	日生
		年	月	日生
		年	月	日生
砥部町長 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確認申請をします。  年 月 日 住 所 申請者 電話番号( ) — 氏 名				

砥部町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
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 申 告 書

年 月 日

砥部町長 様

被保険者氏名

私の 年中の収入について次により申告します。

区分	内 訳					金額(円)
世帯収入	恩給・年金等					
	区 分	記 号	番 号	種 別	年額(円)	
	国民年金					
	厚生年金					
	共済・恩給					
	扶 助 料					
	預貯金					
	財産収入					
	利子、配当収入					
	その他収入					
収 入 計						
その他	扶養関係等					
	不動産等活用資産の状況					
	利用希望法人名・サーブिस名等					
	課税状況・所得状況調査 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認において、私(世帯)の収入状況、課税状況及び資産(預貯金、不動産等)、扶養の有無等について調査することに同意します。 本人氏名 _____					

砥部町記入欄

基準額	第1類	第2類	老齢加算	その他	合計	備考

(注) 金額を確認できる証書、領収書、確定申告書の控え等(写しで可)を添付すること。

様式第4号(第5条関係)

指定介護老人福祉施設利用者収入申告書

年 月 日

砥部町長 様

被保険者氏名

私の 年中の収入について次により申告します。

区分	内 訳					金額(円)
収 入	恩給・年金等					
	区 分	記 号	番 号	種 別	年額(円)	
	国民年金					
	厚生年金					
	共済・恩給					
	扶 助 料					
	財産収入					
	利子、配当収入					
	その他収入					
	収 入 計 (A)					
必 要 経 費	租 税	所得税	住民税			
	介護利用者 負担・医療費	介護利用者負担	付添費用	負担金	差額ベッド代	
	社会保険料	介護保険料	国民健康保険税			
	そ の 他					
	必 要 経 費 計 (B)					
差 引 額 (A-B)						

そ の 他	利用希望法人等名	
	利用希望サービス名	
	課税状況・所得状況調査 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認において、私(世帯)の収入状況、課税状況及び資産(預貯金、不動産等)、扶養の有無等について調査することに同意します。	
	本人氏名	_____

(注) 金額を確認できる証書、領収書、確定申告書の控え等(写しで可)を添付すること。



様式第6号(第5条関係)

(表)

<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	性別
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	
軽減割合		(対象サービス利用者負担)		／100	
		(食費・居住費)		／100	
発行機関名及び印		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> </div>			
		愛媛県伊予郡砥部町宮内 1392 番地  砥部町 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>			

(裏)

### 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、複合型サービス、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。)です。
- 三 この確認証は、町に申出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスした場合の食費、居住費(滞在費)及び宿泊費が、前面に記載されているそれぞれの軽減割合により減額されます。
- 五 介護保険の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、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を町に返してください。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、町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。

様式第7号（第5条関係）

（表）

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;">                 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）             </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						
性別										
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						
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: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 2px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 愛媛県伊予郡砥部町宮内 1392 番地  砥部町 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>								

(裏)

## 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、複合型サービス、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。)です。
- 三 この確認証は、町に申出のあった事業者のみ有効です。
- 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減額されます。
- 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、この証を町に返してください。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、町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。

様式第8号(第8条関係)

年 月 日

砥部町長 様

所在地  
名 称  
代表者職・氏名

㊟

社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金交付申請書

標記のことについて、砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱第8条の規定により、次のとお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。

助成年度	年度	助成金の名称	社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金
事業所の名称			
軽減事業の目的及び内容		利用者の負担軽減	
軽減事業の経費所要額		円	
助成金額		円	
軽減事業の完了年月日（予定）			

(添付書類)

- (1) 経費所要見込額調書
- (2) 利用者負担収入見込額調書

指令第 号  
年 月 日

様

砥部町長



社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度社会福祉法人等利用者負担軽減に対する助成金について、砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり通知します。

助成年度	年度	助成金の名称	社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金
事業所の名称			
助成対象金額			円
助成金交付決定通知額			円
助成の条件		<ol style="list-style-type: none"><li>1 交付の目的以外に使用しないでください。</li><li>2 事業の内容の変更を行う場合には、町長の承認を受けなければならない。</li><li>3 事業を中止し、又は廃止する場合には、町長の承認を受けなければならない。</li><li>4 事業の遂行が困難になった場合には、速やかに町長に報告し、その指示を受けなければならない。</li><li>5 経費の収支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、かつ関係帳簿及び証拠書類を助成金の交付を受けた年度終了後5年間保管しなければならない。</li></ol>	

様式第 10 号(第 10 条関係)

年 月 日

砥部町長 様

所在地  
名 称  
代表者職・氏名

㊟

社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金変更交付申請書

砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱第 10 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

指令年月日	年 月 日	指令番号	指令第 号
助成年度	年度	助成金の名称	社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金
事業所の名称			
助成金額の内容	変更前	円	
	変更後	円	
変更の理由			
変更年月日	年 月 日(予定)		

(添付書類)

- (1) 経費所要見込額調書
- (2) 利用者負担収入見込額調書

様式第 11 号(第 10 条関係)

年 月 日

様

砥部町長



社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金変更承認通知書

年 月 日付けで変更申請のありました助成金につきましては、次のとおり決定しましたので、砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱第 10 条第 2 項の規定により通知します。

指令年月日	年 月 日	指令番号	指令 第 号
助成年度	年度	助成金の名称	社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金
事業所の名称			
助成金交付 決定通知額	変更後	変更前	増減額
	円	円	円

様式第 12 号(第 11 条関係)

年 月 日

砥部町長 様

所在地  
名 称  
代表者職・氏名



社会福祉法人等利用者負担軽減事業実績報告書

砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱第 11 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

指令年月日	年 月 日	指令番号	指令 第 号
助成年度	年度	助成金の名称	社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金
事業所の名称			
着手年月日	年 月 日	完了年月日	年 月 日
軽減事業の経費精算額	円		
助成金交付決定通知額	円		
助成金の既交付額	円		

(添付書類)

- (1) 事業実績書総括表
- (2) 利用者負担収入額調書

様式第 13 号(第 12 条関係)

年 月 日

様

砥部町長



社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金交付額確定通知書

年 月 日付けで実績報告のありました社会福祉法人等利用者負担軽減に対する助成金について、次のとおり助成金額を確定したので、砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱第 12 条の規定により通知します。

指令年月日	年 月 日	指令番号	指令 第 号
助成年度	年度	助成金の名称	社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金
事業所の名称			
助成金交付決定額			円
軽減事業経費精算額			円
助成金交付確定額			円

様式第 14 号(第 13 条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減事業助成金請求書

年 月 日

砥部町長 様

所在地  
名 称  
代表者職・氏名

㊟

砥部町社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱第 13 条の規定により、次のとおり  
請求します。

指令年月日	年 月 日	指令番号	指令 第 号
助成年度	年度	助成金の名称	社会福祉法人等利用者負 担軽減事業助成金
事業所の名称			
助成金交付決定額			円
助成金交付確定額			円
今回交付請求額			円