

○社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減事業実施要綱

平成12年 9 月25日

告示第96号

改正 平成15年11月27日告示第89号

平成17年 9 月30日告示第105号

平成18年 7 月 1 日告示第81号

平成21年 8 月17日告示第64号

平成23年 6 月29日告示第50号

平成27年12月28日告示第115号

平成28年 6 月23日告示第98号

平成29年 3 月27日告示第34号

注 平成27年12月から改正経過を注記した。

(目的)

第1 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。）第27条の規定による要介護認定若しくは法第32条の規定による要支援認定を受け、又は法第115条の45第1項第1号の規定による居宅要支援被保険者等のうち、同号イに規定する第1号訪問事業若しくは同号ロに規定する第1号通所事業を利用した被保険者のうち、生計困難と町長が認定した者及び生活保護受給者に対し、介護保険サービスを提供した社会福祉法人若しくは公営施設（以下「社会福祉法人等」という。）が当該軽減対象者のサービス利用に伴う利用者負担の一部を軽減した場合、その費用の一部を助成し、もって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。

(対象者)

第2 この告示による軽減は、住民税非課税世帯であって、以下の要件の全てを満たす者のうち、町長が生計困難であると認定した者及び生活保護受給者（以下「軽減対象者」という。）に対して行う。

- (1) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯が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。

(対象サービス及び軽減内容)

第3 軽減の対象となる費用は、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、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。

2 軽減対象とする費用及び軽減割合は、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。

3 利用者負担の軽減を行う社会福祉法人等及びその実施する軽減対象サービスについて、その一覧を町に備え付けるとともに、利用者及び居宅介護支援事業者等に適宜情報提供を行うものとする。

(申請手続)

第4 第2の規定による軽減の認定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号）を町長に提出するものとする。

(認定)

第5 町長は、前条の申請を受けたときは、第2に規定する軽減対象事由の該当の有無を審査決定の上、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号）により、その結果を申請者に通知するものとする。

2 前項の場合において、軽減対象者として認定された者に対しては、社会福祉法人

等利用者負担軽減確認証（様式第3号。以下「確認証」という。）を交付する。

（確認証の有効期間）

第6 確認証の有効期間は、町長が軽減資格があると認めた日から毎年7月31日までとする。

（利用）

第7 軽減対象者は、介護保険サービスの利用に当たり、あらかじめ軽減を行う社会福祉法人等の事業所に確認証を提示するものとする。ただし、確認証の交付を申請中であってあらかじめ提示することができない場合は、申請手続き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、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8 軽減対象者は、社会福祉法人等に対し、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。

（社会福祉法人等に対する助成）

第9 町長は、社会福祉法人等がこの告示に基づき軽減対象者に利用者負担の軽減を行った場合、当該社会福祉法人等に対し軽減に要した費用の一部を助成するものとする。

（確認証の返還）

第10 軽減対象者は、軽減資格の要件に該当しなくなったときは、速やかに確認証を町長に返還しなければならない。

（受給権の譲渡等の禁止）

第11 この告示による利用者負担軽減を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

（不正利得の返還）

第12 町長は、偽りその他不正行為によりこの告示による利用者負担の軽減を受けた場合、社会福祉法人等と協議の上、当該軽減額の全部又は一部を社会福祉法人等に返還させることができる。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、平成12年9月25日から施行し、平成12年4月1日から適用する。

(経過措置)

2 平成21年4月1日から平成23年3月31日までの間、第3第2項の規定の適用については別表中軽減対象となる利用者負担の種類の各欄の①介護費負担の軽減割合の各欄の「1/4」とあるのは「28パーセント」と、「1/2」とあるのは「53パーセント」とする。

附 則（平成15年11月27日告示第89号）

この告示は、平成15年12月1日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

附 則（平成17年9月30日告示第105号）

この告示は、平成17年10月1日から施行する。

附 則（平成18年7月1日告示第81号）

この告示は、平成18年7月1日から施行する。

附 則（平成21年8月17日告示第64号）

この告示は、平成21年8月17日から施行し、改正後の社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減事業実施要綱の規定は、平成21年4月1日以後に行われたサービスについて適用する。

附 則（平成23年6月29日告示第50号）

この告示は、平成23年6月29日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則（平成27年12月28日告示第115号）

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年6月23日告示第98号）

この告示は、平成28年7月1日から施行する。

附 則（平成29年3月27日告示第34号）

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

別表（第3関係）

(平28告示98・全改)

対象サービス	軽減対象となる利用者負担の種類	軽減割合
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	① 介護費負担 ② 日常生活費における食費 及び居住費	利用者負担の4 分の1軽減を原 則とする。ただ

<p>訪問介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 介護予防訪問介護 夜間対応型訪問介護 介護予防訪問介護に相当する事業</p>	<p>① 介護費負担</p>	<p>し、老齢福祉年金受給者及びこれに準ずる者と町長が認めた者は、2分の1軽減とし、生活保</p>
<p>通所介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 介護予防通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防通所介護に相当する事業</p>	<p>① 介護費負担 ② 日常生活費における食費</p>	<p>護受給者は、個室の居住費に限り10分の10（補足給付等の支給後の額）を軽減</p>
<p>短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護</p>	<p>① 介護費負担 ② 日常生活費における食費及び滞在費</p>	<p>する。とする。</p>
<p>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 複合型サービス</p>	<p>① 介護費負担 ② 日常生活費における食費及び宿泊費</p>	

様式第1号(第4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	被保険者番号												
	個人番号												
生年月日	年 月 日生		性別	男・女									
住 所	〒		電話番号										
軽減を受けたいサービスの種類	ア 訪問介護 イ 通所介護 ウ 短期入所生活介護 エ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 オ 夜間対応型訪問介護 カ 地域密着型通所介護 キ 認知症対応型通所介護 ク 小規模多機能型居宅介護 ケ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 コ 複合型サービス サ 介護福祉施設サービス シ 介護予防訪問介護 ス 介護予防通所介護 セ 介護予防短期入所生活介護 ソ 介護予防認知症対応型通所介護 タ 介護予防小規模多機能型居宅介護 チ 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 ツ 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												
利用者負担額軽減申請理由													
氏 名			生 年 月 日	性別	個 人 番 号								
世帯 構 成	世帯主												
	世帯員												

矢巾町長 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確認の申請をします。

年 月 日

住 所

申請者

電話番号

氏 名

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日から	
有 効 期 限	
年 月 日まで	

様式第2号(第5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措置)

第 号
年 月 日

様

矢巾町長

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。

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	
	確認番号		
2 承認しない	理由		

様式第3号(第5関係)

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		/100	
発行機関名及び印			

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下さい。

二 社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減事業実施要綱(平成十二年矢巾町告示第九十六号)第3に規定する対象サービス及び軽減内容です。

三 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。

四 この確認証は、岩手県知事に申し出のあった事業者のみ有効です。

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下さい。

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1号（第4関係）

（平27告示115・平28告示98・一部改正）

様式第2号（第5関係）

様式第3号（第5関係）

（平28告示98・一部改正）