

○社会福祉法人による利用者負担軽減助成に関する規程

平成12年12月8日

告示第58号

改正 平成17年3月25日告示第12号

平成18年3月24日告示第31号

平成20年3月26日告示第18号

平成23年3月28日告示第18号

平成23年12月22日告示第100号

平成27年3月27日告示第33号

平成27年12月25日告示第110号

平成28年9月23日告示第53号

令和3年9月30日告示第47号

(目的)

第1条 この告示は、介護保険サービスの利用にあたり、低所得者で生計が困難な者及び生活保護受給者に対して、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人が、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、苅田町(以下「町」という。)とする。

(事業利用対象者)

第3条 本事業を利用する対象者は、生活保護受給者及び市町村民税非課税であって、次の各号に掲げる要件をすべて満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に判断し、町長が認めた者とする。ただし、旧措置入所者で利用者負担割合が5パーセント以下の者については減免の対象としないが、旧措置入所者で利用者負担割合が5パーセント以下の者であっても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、減免の対象とする。

(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。

(対象事業及び軽減率)

第4条 対象事業は、介護保険法(平成9年法律第123号)で定める介護保険サービス中、次に掲げる各号のサービスについて、社会福祉法人(以下「法人」という。)が、前条で定める対象者に対し、利用者負担の軽減を行う申出を行った事業を対象とし、軽減率は、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)とする。

(1) 訪問介護

(2) 通所介護

(3) 短期入所生活介護

(4) 夜間対応型訪問介護

(5) 認知症対応型通所介護

(6) 小規模多機能型居宅介護

(7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(8) 介護福祉施設サービス

(9) 介護予防訪問介護

(10) 介護予防通所介護

(11) 介護予防短期入所生活介護

(12) 介護予防認知症対応型通所介護

(13) 介護予防小規模多機能型居宅介護

2 利用者負担とは、介護費用負担、食事負担、居住費(滞在費)負担をいう。

3 苅田町介護保険訪問介護等利用者負担額減額措置事業実施規程(平成12年苅田町告示第35号)第3条に掲げる対象者については、その規程による軽減を受けた後の適用を行うものとする。

4 介護保険制度における高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに高額医療合算サービス費の支給については、本軽減制度適用後の利用者負担額を基準として行う。ただし、高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費について、地域密着型介護老人福祉施設

入所者介護，介護福祉施設サービス及び小規模多機能型居宅介護に係る利用者負担第2段階の者の利用者負担額については，高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費の支給を受けた場合は，当該部分について本軽減制度による軽減対象としない。

- 5 介護保険制度における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(以下「補足給付」という。)の認定を受けた者については，当該補足給付支給後の利用者負担額を基準として軽減を行う。
- 6 第1項の規定により，軽減を行った額に1円未満の端数が生じたときは，その端数金額は切り捨てて計算するものとする。
- 7 第1項の規定に関わらず，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のみを対象とし，その全額を軽減する。

(事業対象の申出)

第5条 法人は，上記の事業を行う際は，社会福祉法人による利用者負担軽減申出書(様式第1号)により，福岡県知事及び町長に申出しなければならない。

- 2 本事業の実施期間は，毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。

(利用申請)

第6条 この事業を利用しようとする者は，社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書(様式第2号)により町長に申請しなければならない。

(利用の決定)

第7条 町長は，前条の申請を受けた時は，その内容を審査の上，速やかに要否を確認し社会福祉法人利用者軽減対象決定通知書(様式第3号)により利用者に通知し，併せて利用を決定した者については，社会福祉法人利用者負担軽減確認証(様式第4号。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8条 確認証の交付を受けた者は，利用者負担額を軽減する社会福祉法人による介護保険サービスを利用するときは，確認証を提示するものとする。

(確認証の有効期限等)

第9条 確認証の有効期限は，第6条に規定する申請を行った日(以下「申

請日」という。)が属する年度の翌年度の7月31日までとする。ただし、申請日が4月から6月までの場合は、その年度の7月31日までとする。

- 2 確認証は、申請日の属する月の初日から適用する。ただし、月の途中で苅田町介護保険の被保険者となった場合は、被保険者となった日から適用する。

(確認証の更新)

第10条 確認証の交付を受けた者が、有効期限後においても確認証の交付が必要であるときは、確認証の更新申請を行うことができる。

- 2 前項の申請を行うときは、申請書を町長に提出しなければならない。  
(確認証の再交付)

第11条 確認証の交付を受けた者は、交付された確認証を紛失又は破損したときは、書面により町長に確認証の再交付を申請することができる。

- 2 前項の申請をする場合は、申請書を町長に提出しなければならない。  
(確認証記載事項の変更)

第12条 確認証の交付を受けた者は、確認証の記載事項に変更があったときは、当該変更の日から14日以内に確認証を添えて町長にその旨を届け出なければならない。

(利用の取消)

第13条 町長は、確認証の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、第7条の利用の決定を取り消すものとする。

- (1) 確認証を他人に譲渡又は貸与したとき。
- (2) 確認証の使用に関し不正な行為があったとき。
- (3) 苅田町介護保険の被保険者の資格を喪失したとき。
- (4) 軽減対象者に該当しなくなったとき。

(確認証の返還)

第14条 確認証の交付を受けた者は、次の各号のいずれかに該当するときは、遅滞なく確認証を町長に返還しなければならない。

- (1) 前条各号に該当したことにより利用の決定の取消を受けたとき。
- (2) 確認証の有効期限に至ったとき。
- (3) 確認証を破損したことにより第11条の申請をするとき。

(4) 紛失により確認証の再交付を受けた者が、紛失した確認証を発見したとき。

(5) その他確認証を必要としなくなったとき。

(助成金の交付対象)

第15条 法人への助成金の交付対象は、法人が町に住所を有する者の利用者負担を軽減した総額のうち、当該法人対象事業のうちの本来受領すべき利用者負担収入に対する1%を超えた額とする。ただし、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)及び指定地域密着型介護老人福祉施設に係る利用者負担を軽減する社会福祉法人については、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に対する割合が10%を超える部分について、全額を助成措置の対象とする。

2 前項に規定する軽減総額については、町を保険者とする利用者に係る額に限るものとし、助成額の算定については事業所(施設)を単位として行うこととする。

(助成金の交付額)

第16条 助成金の交付額については、前条第1項に規定する対象額に、当該法人の収支状況等を踏まえ、その2分の1以下の範囲内とする。

(助成金の交付申請)

第17条 この助成金の交付申請については、社会福祉法人による利用者負担軽減助成金交付申請書(様式第5号)により町長に申請しなければならない。

(助成金の交付決定)

第18条 町長は、前条に規定する申請があった場合は、その内容を審査し、助成金交付の可否を決定し、社会福祉法人による利用者負担軽減助成金交付決定通知書(様式第6号)によりその旨を通知するものとする。

(関係書類の整備)

第19条 法人は、この助成事業に係る経費の収支を明らかにした書類等を常に整備しておかなければならない。

(実績報告書)

第20条 助成金交付決定の通知を受けた法人は、当該事業完了後社会福

社法人による利用者負担軽減助成金実績報告書(様式第7号)に関係書類を添えて、町長に提出しなければならない。

(助成金の請求)

第21条 助成金は原則として事業実績報告書の提出後、社会福祉法人による利用者負担軽減助成金請求書(様式第8号)により請求するものとする。

(委任)

第22条 この告示の施行に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、平成12年10月1日から適用する。

附 則(平成17年3月25日告示第12号)

この告示は、平成17年4月1日から施行する。

附 則(平成18年3月24日告示第31号)

この告示は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成20年3月26日告示第18号)

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成23年3月28日告示第18号)

この告示は、平成23年4月1日から施行する。

附 則(平成23年12月22日告示第100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27年3月27日告示第33号)

(施行期日)

1 この告示は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際、第7条の規定により現に発行している社会福祉法人利用者軽減対象決定通知書及び社会福祉法人利用者負担軽減確認証の有効期限については、発行時の有効期限に関わらず平成27年7月31日までとする。

附 則(平成27年12月25日告示第110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9月23日告示第53号)

この告示は，公布の日から施行する。

附 則(令和3年9月30日告示第47号)抄  
(施行期日)

- 1 この告示は，公布の日から施行する。

様式第1号(第5条関係)

社会福祉法人による利用者負担軽減申出書  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

年 月 日

様

所在地  
申請者  
名 称 ㊤

社会福祉法人による利用者負担の減額を下記のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者	フリガナ 名 称	-----		
	主たる事務所の所在地	〒		
	連絡先	電話番号	( ) —	FAX 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 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所の名称	所 在 地		実施事業の種類
軽減実施年月日	年 月 日から実施			



様式第3号(第7条関係)

社会福祉法人利用者軽減対象決定通知書  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

第 号  
年 月 日

様

苅田町長

先に申請のありました、社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請については、下記のとおり決定いたしましたので通知します。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																		
----------------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

決定年月日	年 月 日			
決定事項				
承認する	適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	承認内容			
承認しない	理由			

問い合わせ先

〒 800-0392  
福岡県京都郡苅田町富久町1丁目19-1  
苅田町役場  
TEL

様式第4号(その1)  
(第7条関係)

(表)

社会福祉法人利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人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
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
減額割合	
発行機関名及び	荏 田 町

(裏)

注 意 事 項

- 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、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です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 四 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、前面に記載されている減額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、又は減額確認の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。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、市町村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4号(その2)  
(第7条関係)

(表)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;">                 社会福祉法人利用者負担軽減確認証                  (社会福祉法人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
減額割合	100/100
発行機関名及び	荏    田    町

(裏)

注 意 事 項

一 次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、介護福祉施設サービス、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、都道府県に申し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減額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、この証を市町村に返してください。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、市町村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5号(第17条関係)  
(その1)

年 月 日

苅田町長 様

所在地

法人名

㊞

代表者氏名

㊞

年度 社会福祉法人による利用者負担軽減助成金交付申請書

年度 社会福祉法人による利用者負担軽減助成金を受けたいので、社会福祉法人による利用者負担軽減助成に関する規程第17条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

- 1 助成事業の名称 社会福祉法人による利用者負担軽減助成事業
- 2 助成事業の期間 年 月 日から 年 月 日まで
- 3 交付申請額 ￥ \_\_\_\_\_
- 4 添付書類
  - (1) 助成金申請額算出内訳書
  - (2) 年度事業の収支予算書

様式第5号(第17条関係)

(その2)

社会福祉法人による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業助成金 算出内訳書  
以下のとおり請求いたします。

年 月～ 年 月 審査分

保険者番号	406215
保険者名称	荏田町

サービスの種類	
---------	--

事業所番号	
事業所名称	

●審査月ごとの状況

審査年月	事業所状況欄					荏田町対象者分軽減額欄	
	件数	①利用者負担総額		軽減 件数	②軽減総額	軽減件数	③軽減額
		通常サービス	食費・居住費等				
合計				(A)	(B)	(C)	(D)

●年次請求額集計欄

事業所状況欄					町請求欄	
④利用者負担総額の合計 (①の合計) (①の1%)	⑤軽減総額の合計 (②の合計)	軽減比率 (⑤÷④)	⑥事業所負担 (欄外参照)	⑦町助成金 (⑤-⑥)	⑧町比率 (③の合計÷⑤)	⑨助成金請求額 (⑦×⑧)
( )		%			(E)	% (F)

※ ⑥ 事業所負担の計算式( [ ] でいずれも小数点以下は切捨て) ※ ⑧小数点第3位を四捨五入  
 ※ ⑨1円未満端数切捨て

【1】訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・認知症対応型通所介護・  
 小規模多機能型居宅介護(いずれも介護予防含む)・夜間対応型訪問介護の場合  
 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人福祉施設で、軽減総額が利用者負担総額の10%以下の場合  

$$[\text{④利用者負担の総額} \times 1\%] + [(\text{⑤軽減総額} - [\text{④利用者負担の総額} \times 1\%]) \div 2]$$

【2】地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人福祉施設で、軽減総額が利用者負担総額の10%以上の場合  

$$[\text{④利用者負担の総額} \times 1\%] + [([\text{④利用者負担の総額} \times 10\%] - [\text{④利用者負担の総額} \times 1\%]) \div 2]$$

様式第6号(第18条関係)

第 号  
年 月 日

様

市田町長 印

年度社会福祉法人による利用者負担軽減助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のありました 年度社会福祉法人による利用者負担軽減助成金の交付が下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- この通知に係る助成金交付の対象となる事業及び内容は、年 月 日付の申請書記載のとおりであること。
- 交付の対象となる事業の経費並びに当該経費に係る助成金の額は次のとおりであること。

事業に要する経費	金	円
助成金の額	金	円
- この助成金は、次の事項を条件として交付するものであること。
  - 交付の対象となる事業以外の経費には使用してはならないこと。
  - 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、証拠書類を整備しておかなければならない。

様式第7号(第20条関係)  
(その1)

年 月 日

荏田町長 様

所在地

法人名

㊟

代表者氏名

㊟

年度社会福祉法人による利用者負担軽減助成金実績報告書

年 月 日付、荏第 号をもって助成金交付決定の通知を受けた上記の事業  
が完了したので、年度社会福祉法人による利用者負担軽減助成に関する規程第20条の  
規定により、関係書類を添え、下記のとおり報告します。

記

- 1 助成事業の名称 社会福祉法人による利用者負担軽減助成事業
- 2 助成金交付決定額及びその精算額
  - (1) 助成金交付決定額 ㄥ \_\_\_\_\_
  - (2) 助成金精算額 ㄥ \_\_\_\_\_
- 3 助成事業の期間 年 月 日から 年 月 日まで
- 4 添付書類
  - (1) 助成金精算書
  - (2) 年度事業の収支決算書

様式第7号(第20条関係)  
(その2)

助成金精算書

1	総事業費	A	円
2	利用者負担金軽減総額	B	円
	訪問介護	a	円
	介護予防訪問介護	b	円
	通所介護	c	円
	介護予防通所介護	d	円
	短期入所生活介護	e	円
	介護予防短期入所生活介護	f	円
	夜間対応型訪問介護	g	円
	認知症対応型通所介護	h	円
	介護予防認知症対応型通所介護	i	円
	小規模多機能型居宅介護	j	円
	介護予防小規模多機能型居宅介護	k	円
	地域密着型介護老人福祉施設	l	円
	介護老人福祉施設	m	円
3	利用者負担金収入総額×1%	C	円
4	助成所要額(B-C)	D	円
5	交付決定額	E	円
6	助成金受入済額	F	円
7	差引不足額	G	円

(注1) aからmの支出額内訳書を添付すること。



様式第8号(第21条関係)

社会福祉法人による利用者負担軽減助成金請求書

一金 \_\_\_\_\_ 円

上記の助成金は、 年 月 日付、 第 号の規定に基づき請求いたします。

年 月 日

苅田町長 様

所在地

法人名

㊟

代表者氏名

㊟

様式第1号(第5条関係)

様式第2号(第6条関係) 略

様式第3号(第7条関係)

様式第4号(その1)(第7条関係)

様式第4号(その2)(第7条関係)

様式第5号(第17条関係)

様式第6号(第18条関係)

様式第7号(第20条関係)

様式第8号(第21条関係)