

大雪地区広域連合社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業実施要綱

平成 23 年 4 月 1 日

要綱 第 3 号

(目的)

第 1 条 この要綱は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）に規定する介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、国が定める「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」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）に基づき、利用者負担額を軽減することにより、低所得者の生活の安定と介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とする。

(軽減法人)

第 2 条 利用者負担の軽減を行おうとする社会福祉法人等（以下「軽減法人」という。）は、大雪地区広域連合長（以下「連合長」という。）に対して、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（様式第 1 号）を提出し、その旨の申出を行う。

(軽減対象者)

第 3 条 軽減対象者は、市町村民税世帯非課税であって、次の要件のすべてを満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者として連合長が認めた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負担割合が 5 パーセント以下の者については、軽減制度の対象としないが、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、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について軽減の対象とする。

(対象サービス)

第 4 条 軽減対象者が利用者負担額の軽減を受けることができる介護サービス（以下「対象サービス」という。）の種類と費用は、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）及び宿泊費に係る利用者負担額とする。

(申請)

第5条 第3条に規定する確認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2号)を連合長に提出しなければならない。

(決定)

第6条 連合長は、前条の申請書の提出があったときは、速やかにその内容及び対象者等を審査して、この事業の承認の可否を決定する。

2 連合長は、前項の規定により決定した申請者に対して、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書(様式第3号)により通知する。

(確認証の交付)

第7条 前条各号により承認した対象者には、社会福祉法人等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。

(確認証の有効期限)

第8条 確認証の有効期限は、確認証を発行した月の属する年度の翌年度(確認証を発行した月が4月、5月又は6月の場合にあっては、当該月の属する年度)の6月末日までとする。

(確認証の返還)

第9条 確認証の交付を受けた者が、大雪地区広域連合が行う介護保険の被保険者資格を喪失した場合は、当該確認証を速やかに返還しなければならない。

(確認証の提示)

第10条 認定者は、第4条に規定するサービスを受けるときは、対象サービスを提供する軽減法人に確認証を提示しなければならない。

(軽減内容)

第11条 軽減の程度は、利用者負担の4分の1(老齢福祉年金受給者は2分の1)を原則とし、免除は行わない。申請者の収入や世帯の状況、利用者負担等を勘案して、連合長が個別に決定し、確認証に記載するものとする。ただし、生活保護受給者については、利用者負担の全額とする。

(利用者負担額)

第12条 軽減対象者は、対象サービスの提供を行う軽減法人に対し、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。

(不正行為の禁止)

第13条 連合長は、虚偽その他不正な行為によって、この告示に基づく利用者負担額の軽減を受けた者がいるときは、既に助成を受けた額の全部又は一部を返還させることができる。

(軽減法人に対する補助)

第14条 連合長は、軽減法人が前条までの規定に基づき利用者負担額の軽減を行った場合、次条に定めるところにより、軽減法人に対して補助金を交付する。

(補助金交付額の算定方法)

第15条 補助金交付額については、社会福祉法人等が利用者負担を軽減した総額(助成措置のある市町村を保険者とする利用者負担に係るものに限る。)のうち、当該法人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。)に対する1パーセントを超えた部分とし、当該法人の収支状況等を踏まえ、その2分の1(当該額の1,000円未満の端数は、切り捨てる。)を基本として

それ以下の範囲内で行うことができるものとする。なお、指定介護老人福祉施設サービス及び指定地域密着型老人福祉施設入所者生活介護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パーセントを越える部分について、全額を補助の対象とする。

2 この助成額の算定については、事業所（施設）を単位として行うこととする。

（補助金の申請）

第16条 前条の補助金の交付を受けようとする軽減法人は、必要な書類を添付の上、連合長に申請しなければならない。

（補助金額の決定及び交付）

第17条 連合長は、前条の申請を受けたときは、当該申請の内容を審査の上、助成額を決定し交付するものとする。

（その他）

第18条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、連合長が別に定める。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成23年4月1日より施行する。

社会福祉法人等による利用者負担軽減申込書
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

区 分	1 社会福祉法人	2 民間企業	3 その他法人	4 市町村
-----	----------	--------	---------	-------

年 月 日

大雪地区広域連合長 様

所 在 地

事業所 名 称

代表者氏名

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

法人の主たる事務所	ふりがな 名 称			
	主たる事務 所の所在地			
	連 絡 先	電話	FAX	
	代表者職・氏名			
	担当者職・氏名			
軽減実施予定事業所の状況	事業所の名称	サービスの種類	事業所所在地	

【減免措置の概要】

軽減対象者 世帯全員が住民税非課税で①から⑤の要件にすべて該当している者及び生活保護受給者

- 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。

※ 生活保護受給者については、受給権を有しているすべての者が対象となります。

【軽減の程度】

利用者負担額の4分の1（老齢福祉年金受給者については、2分の1）が軽減となります。

ただし、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全額とします。

社会福祉法人等利用者負担軽減認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		確認番号			
		被保険者番号			
生年月日		年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住 所		〒 電話番号			
利用者負担額 減額申請理由					
		氏 名	生 年 月 日	性別	生計中心者に○をつけて下さい。
世帯 構 成	世帯主		・ ・		
	世帯員		・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
大雪地区広域連合長 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認定に係る申請をします。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印 電話番号					

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況等の把握)
有効期限	・ 市町村民税 世帯 (課税 ・ 非課税)
	・ 老福年金受給者 (該当 ・ 非該当)
年 月 日 ～ 年 月 日	・ 年間収入
	150万円以下
	200万円以下
	250万円以下
	・ 預貯金等の額
	350万円以下
	450万円以下
	550万円以下
	(承認する ・ 承認しない) (1/4 1/2)

同意書

大雪地区広域連合社会福祉法人等による利用者負担軽減事業実施要綱に基づく社会福祉法人等減免認定申請を行うにあたり、必要があるときは私及び私の世帯員の課税状況につき、広域連合が調査することに同意します。

年 月 日

本人氏名

印

年 月 日

様

大雪地区広域連合長

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書

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。

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

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
	(対象サービス利用者負担) 軽減率 /100
	(食費・居住費等) /100
確認番号	
2 承認しない	理由

問い合わせ先

大雪地区広域連合 介護保険対策室

北海道上川郡東川町東町1丁目16番1号

電話番号 0166-82-3697

不服の申立

この通知に不服がある場合は、この通知を受け取った日の翌日から起算して60日以内に北海道介護保険審査会に審査請求することができます。

問い合わせ先

北海道介護保険審査会（北海道保健福祉部介護保険課内）

北海道札幌市中央区北3条西6丁目

電話番号 011-231-4111

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証	
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	
備考	
発行機関名及び印	上川郡東川町東町1丁目16番1号 大雪地区広域連合 0166-82-3697

注 意 事 項

一 次 者 対 象 となる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
 二 者 対 象 となる介護サービスを受けるときは、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、
 介護、地域密着型訪問介護、老人福祉施設入所者生活介護、介護予防短期入所生活
 三 介 護 予 防 認 知 症 対 応 型 通 所 介 護 、 介 護 予 防 小 規 模 多 機 能 居 宅 介
 四 費 用 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 。
 五 減 額 割 合 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 軽
 六 該 当 介 護 保 険 の 被 保 険 者 の 資 格 が 無 効 期 限 に 至 っ た と き は
 七 遅 滞 なく、この証を添えて、市町村（広域連合関係町）にその旨を届け出てくださ
 い。この証を添えて、市町村（広域連合関係町）にその旨を届け出てくださ
 を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

この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとする。