

# 岩倉市社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額 軽減措置実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、低所得者で生計が困難である者及び生活保護受給者に対して利用者負担額の軽減を行うことについて必要な事項を定めるものとする。

(軽減対象者)

第2条 介護保険サービス利用者負担額の軽減措置の対象となる者(以下「軽減対象者」という。)は、市民税世帯非課税者であって、以下の要件を全て満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担額等を総合的に勘案し、生計が困難な者として市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。

なお、旧措置入所者(介護保険法施行日の特別養護老人ホーム入所者)で、利用者負担割合が5%以下の者については、軽減措置の対象としないが、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。

(実施法人)

第3条 実施法人は、社会福祉法人等のうち、法人の所在する市町村及び法人所轄(名古屋市、豊橋市及び豊田市の所轄法人は所管市、それ以外は愛知県)に利用者負担金の軽減措置を行うことを申し出たものとする。

(対象サービス及び軽減内容)

第4条 軽減対象者が利用者負担の軽減を受けることができる介護保険サービス(以下この章において「対象サービス」という。)は、

前条に規定する軽減法人等が行う次のサービス（第1号から第8号まで及び第10号のサービスにあつては、区分支給限度基準額を超えないもの、第12号から第14号までのサービスにあつては、介護予防区分支給限度基準額を超えないもの、第15号及び第16号のサービスにあつては、市長が定める限度額を超えないものに限る。）とする。

- (1) 訪問介護
- (2) 通所介護
- (3) 短期入所生活介護
- (4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (5) 夜間対応型訪問介護
- (6) 地域密着型通所介護
- (7) 認知症対応型通所介護
- (8) 小規模多機能型居宅介護
- (9) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- (10) 複合型サービス
- (11) 介護福祉施設サービス
- (12) 介護予防短期入所生活介護
- (13) 介護予防認知症対応型通所介護
- (14) 介護予防小規模多機能型居宅介護
- (15) 第一号訪問事業（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項第1号イに規定する第一号訪問事業をいう。以下同じ。）のうち介護予防訪問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。）
- (16) 第一号通所事業（法第115条の45第1項第1号ロに規定する第一号通所事業をいう。以下同じ。）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。）

ただし、生活保護受給者については、第3号、第9号、第11号及び第12号のみを対象サービスとする。

2 軽減の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、別表のとおりとする。

（申請）

第5条 介護保険サービスの利用者負担額の軽減を受けようとする者は、社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書（様式第1）を市長に提出しなければならない。

（軽減対象者の決定）

第6条 市長は、前条の申請があった場合は、その内容を審査の上、軽減の可否を決定し、社会福祉法人等による利用者負担軽減対象決定通知書（様式第2）により申請者に通知するとともに、社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証（様式第3。以下「確認証」という。）を申請者に交付するものとする。

（確認証の有効期限）

第7条 確認証の有効期限は、申請のあった日の属する月の初日から翌年の7月31日（当該申請のあった日の属する月が1月から7月までの場合にあってはその年の）までとする。ただし、月の中途に本市の被保険者となりその月に申請があった場合は、被保険者証を取得した日を初日とする。

（確認証の返還）

第8条 確認証の交付を受けた者に次に掲げる事由が生じた場合は、当該確認証を速やかに市長に返還しなければならない。

- (1) 確認証の有効期限に至ったとき。
- (2) 確認証の交付を受けた者が転出又は死亡により本市の被保険者でなくなったとき。
- (3) 法第7条第3項及び第4項に規定する要介護被保険者又は居宅要支援被保険者でなくなったとき。
- (4) その他確認証を必要としなくなったとき。

2 市長は、確認証の交付を受けた者が次に掲げる場合は、確認証を返還させることができる。

- (1) 確認証を他人に譲渡又は貸与したとき。
- (2) 虚偽の届出を行う等の不正行為があったとき。

（利用の手続）

第9条 第6条の規定により確認証の交付を受けている者が、介護保険サービスの利用者負担の軽減を受けようとする場合は、当該社会福祉法人等に確認証を提示するものとする。

2 前項の規定により確認証の提示を受けた当該社会福祉法人等は、確認証を確認のうえ、当該軽減対象者の利用者負担額の4分の1を減額するものとする。ただし、老齢福祉年金受給者は利用者負担額の2分の1を減額するものとし、生活保護受給者については、利用者負担額の全額を免除するものとする。

(利用者負担)

第10条 軽減対象者は、軽減対象サービスの提供を行う社会福祉法人等に対し、軽減された後の利用者負担額を支払うものとする。

(不正利得の返還)

第11条 偽りその他不正の行為によってこの要綱に基づく対象サービスに係る利用者負担金の軽減を受けた者があるときは、市長は、社会福祉法人等と協議のうえ、軽減額の全部又は一部を当該軽減を受けた者から社会福祉法人等に返還するよう求めるものとする。

(社会福祉法人等に対する助成)

第12条 市長は、第3条に規定する社会福祉法人等がこの要綱に基づき軽減対象者に軽減対象サービスに係る利用者負担額の軽減を行った場合、別に定めるところにより、当該社会福祉法人等に対し軽減に要した経費の一部を助成するものとする。

(雑則)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成13年10月1日から施行する。

2 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12条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11条までのとおりとする。

附 則

この要綱は、平成17年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年6月1日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年12月25日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成28年6月24日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成29年6月1日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成30年8月9日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成30年11月5日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月25日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年12月10日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年11月20日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月6日から施行する。

別表（第4条関係）

対象サービス	軽減対象費用 (軽減対象利用者負担額)	減額割合
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>・介護福祉施設サービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 旧措置入所者 10%の利用者負担、食費、居住費</li> <li>(2) 新規入居者 10%の利用者負担額、食費、居住費</li> <li>(3) 生活保護受給者 個室の居住費</li> </ul>	<p>1 / 4</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護</li> <li>・地域密着型通所介護</li> <li>・認知症対応型通所介護</li> <li>・介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>・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。）</li> </ul>	<p>10%の利用者負担額、食費</p>	<p>(老齢福祉年金受給者は1/2) (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額の全額)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所生活介護</li> <li>・介護予防短期入所生活介護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 生活保護受給者以外の利用者 10%の利用者負担額、食費、滞在費</li> <li>(2) 生活保護受給者 個室の滞在費</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問介護</li> <li>・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>・ 夜間対応型訪問介護</li> <li>・ 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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）</li> </ul>	10%の利用者負担額	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小規模多機能型居宅介護</li> <li>・ 複合型サービス</li> <li>・ 介護予防小規模多機能型居宅介護</li> </ul>	10%の利用者負担額、食費、宿泊費	

注1) 旧措置入所者については利用者負担割合が5%以下の者は対象としない。

ただし、旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者であってもユニット型の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。

注2) 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がなかった者のうち、引き続き第2条に該当する者については、軽減の程度を居住費以外にかかる利用者負担については4分の1（老齢福祉年金受給者は2分の1）を原則とするとともに、居住費にかかる利用者負担については全額とする。

注3) 短期入所者生活介護、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者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。

様式第1 (第5条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ		保険者番号						
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女					
住 所	〒 電話番号 ( )							
利用サービス	1 訪問介護 2 通所介護 3 短期入所生活介護 4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5 夜間対応型訪問介護 6 地域密着型通所介護 7 認知症対応型通所介護 8 小規模多機能型居宅介護 9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 10 複合型サービス 11 介護福祉施設サービス 12 介護予防短期入所生活介護 13 介護予防認知症対応型通所介護 14 介護予防小規模多機能型居宅介護 15 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(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。) 16 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。)							
利用者負担額軽減申請理由								
世帯構成	氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください				
世帯主		年 月 日	男・女					
		年 月 日	男・女					
		年 月 日	男・女					
		年 月 日	男・女					
		年 月 日	男・女					
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を申請します。 なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認することに同意します。 年 月 日 岩倉市長 殿 申請者住所 氏名 電話番号 ( )								

# 収入等申告書

年 月 日

岩倉市長

殿

住所  
氏名

私の 年中の収入等について下記のとおり申告します。

## 1 収入

	種 類	金額（年額）	単位：円
収入 A	恩給・年金等収入 （ 年金） （ 年金）		
	財産収入		
	利子・配当収入		
	その他収入		
	計		
必要経費 B	種 類	金額（年額）	単位：円
	租税		
	社会保険料		
	その他		
	計		
差引額（A－B）			

## 2 預貯金額の状況

## 3 資産の状況

日常生活に供する資産（土地・建物）の有無・・・（有・無）

## 4 扶養の状況

配偶者・子などの被扶養者になっっていますか（なっている・なっていない）  
医療保険の種類・・・（国民健康保険・社会保険・その他）

## 5 介護保険料の状況（滞納等）

保険料の滞納の有無・・・（有・無）

※ 収入等を証明する書類を添付してください。

様

岩 倉 市 長

印

## 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象決定通知書

年 月 日付けで申請のありました、社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認の申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

被保険者氏名		被保険者番号							
住 所									
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						
有効期限	年	月	日						
確認番号									
2 承認しない理由									

不服の申立て

1 この通知による処分について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

2 この通知による処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、岩倉市を被告として（訴訟において岩倉市を代表する者は岩倉市長となります。）提起することができます。

3 この通知による処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも岩倉市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第3（第6条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証

（表面）

社会福祉法人等による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		
	フリカ <sup>ナ</sup>		
	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
有効期限		年	月 日
減額割合		／ 100	
発行機関名 及び印			

（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示してください。

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、介護予防小規模多機能型居宅介護、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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）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、愛知県及び岩倉市に軽減を行うことを申し出た事業者のみ有効です。

四 前記のサービスを利用した場合、表面に記載した費用の本人負担分（日常生活に要する費用については、食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に限る。）が、記載の減額割合により軽減されます。

五 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軽減認定証の有効期限に達したときは、遅滞なく、この証を岩倉市に返してください。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、岩倉市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。

○ 証の大きさ  
縦 128ミリ  
横 91ミリ