

○三条市社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担軽減事業実施要綱

平成17年5月1日

告示第57号

改正 平成17年10月20日告示第196号

平成18年6月29日告示第127号

平成19年2月20日告示第30号

平成21年3月31日告示第91号

平成23年4月1日告示第176号

平成27年6月30日告示第279号

平成27年12月28日告示第612号

平成28年4月1日告示第91号

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険サービスを提供する社会福祉法人（以下「法人」という。）が、低所得者で特に生計が困難なもの（以下「生計困難者」という。）の利用者負担額の軽減を行ったとき、その軽減額の一部を市が助成することにより、生計困難者の生活の安定を図り、もって介護保険制度の円滑な運用を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 介護保険サービス 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第41条第1項に規定する介護給付に係る指定居宅サービス、法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス及び法第48条第1項に規定する指定施設サービス等並びに法第53条第1項に規定する予防給付に係る指定介護予防サービス及び法第54条の2第1項に規定する指定地域密着型介護予防サービス並びに法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者が行う第1号事業をいう。
- (2) 利用者負担 介護給付に係る指定居宅サービスに要する経費のうち法第41条第4項に規定する居宅介護サービス費を控除した部分、指定地域密着型サービスに要する経費のうち法第42条の2第2項に規定する地域密着型介護サービス費を控除した部分及び指定施設サービス等に要した経費のうち法第48条第2項に規定する施設介護サービス費を控除した部分並びに予防給付に係る指定介護予防サービスに要する経費のうち法第53条第2項に規定する介護予防サービス費を控除した部分及び指定地域密着型介護

予防サービスに要する経費のうち法第54条の2第2項に規定する地域密着型介護予防サービス費を控除した部分並びに指定事業者が行う第1号事業に要する経費のうち法第115条の45の3第2項に規定する第1号事業支給費を控除した部分並びにこれらの介護保険サービスに伴う日常生活に要する費用のうち食費及び居住費(滞在又は宿泊に要する費用を含む。以下同じ。)の負担をいう。

(対象者)

第3条 利用者負担の軽減の対象となる者(以下「対象者」という。)は、市民税が非課税である世帯に属する本市の介護保険の被保険者であって、次に掲げるものとする。ただし、介護保険法施行法(平成9年法律第124号)第13条第1項に規定する旧措置入所者(利用者負担の額が5パーセント以下の旧措置入所者(ユニット型個室に居住する者は除く。))に限る。)は、対象者としない。

(1) 次に掲げるすべての事項に該当する者

ア 世帯の前年(1月から7月までの間に申請する場合にあっては、前々年とする。)の年間収入額が、単身の世帯にあっては150万円以下で、複数の世帯員が属する世帯にあっては150万円に世帯主以外の世帯員1人につき50万円を加算した額以下であること。

イ 世帯の預貯金等の総額が、単身の世帯にあっては350万円以下で、複数の世帯員が属する世帯にあっては350万円に世帯主以外の世帯員1人につき100万円を加算した額以下であること。

ウ 日常生活に供する資産(前号の預貯金等を除く。)以外に活用する資産がないこと。

エ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

オ 介護保険料を滞納していないこと。

(2) 前号に掲げる者に準ずる者として市長が特に認めた者

(実施法人の申出等)

第4条 利用者負担の軽減を行おうとする法人は、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、その旨を市長に申し出なければならない。この場合において、法人は、新潟県知事に同様の申出をしなければならない。

2 前項の規定による申出をした法人が利用者負担の軽減を廃止しようとするときは、社会福祉法人による利用者負担軽減廃止届出書(様式第2号)により、同項と同様の手続をしなければならない。

(確認の申請)

第5条 利用者負担の軽減を受けようとする者は、社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書（様式第3号）を市長に提出し、対象者であることについて確認を受けなければならない。この場合において、次に掲げる書類を添付しなければならない。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者（以下「被保護者」という。）においては、当該書類の添付を省略することができる。

(1) 世帯の収入等が明らかとなる書類

(2) その他市長が必要と認める書類

（決定通知書及び確認証の交付等）

第6条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、これを審査し、社会福祉法人利用者負担軽減対象決定通知書（様式第4号）により、その結果を通知するとともに、承認したときは社会福祉法人利用者負担軽減確認証（様式第5号。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

2 利用者負担の軽減は、前条の申請書の提出があった日の属する月の初日から適用する。

3 確認証の有効期間は、前項の軽減の適用後、最初に到来する7月31日までとする。

（確認証の更新等）

第7条 確認証の交付を受けた者（以下「認定者」という。）が、その有効期間満了後も引き続き利用者負担の軽減を受けようとするときは、当該有効期間満了前1月以内に市長に申請しなければならない。この場合において、前2条の規定を準用する。

2 認定者が、確認証を汚損し、又は亡失したときは、社会福祉法人利用者負担軽減確認証再交付申請書（様式第6号）により市長に申請し、確認証の再交付を受けなければならない。

（軽減の実施）

第8条 認定者は、利用者負担の軽減を受けようとする場合は、介護保険サービスを受けるときに、第4条第1項の規定による申出をした法人に確認証を提示しなければならない。

2 確認証の提示を受けた法人は、当該認定者に対して利用者負担の軽減を行うものとする。

（軽減の対象）

第9条 利用者負担の軽減は、別表に掲げる介護保険サービスに応じて当該対象経費に係る利用者負担について行う。ただし、被保護者にあつては、個室の居住費に限る。

（軽減の割合）

第10条 法人が利用者負担を軽減する割合は、前条の対象経費に係る利用者負担の額の4分の1（老齢福祉年金受給者にあつては2分の1、被保護者にあつては10分の10）を原

則とし、市長が定めた割合とする。

(確認証の返還等)

第11条 認定者又はその関係者は、認定者がその資格を喪失したときは、速やかに確認証を市長に返還しなければならない。

2 認定者は、確認証の記載内容に変更が生じたときは、速やかに確認証を添えて市長に届け出なければならない。

(助成金の交付)

第12条 市長は、法人が第2条から前条までにおいて定める利用者負担の軽減を実施したときは、当該法人に対し、予算の範囲内で、三条市社会福祉法人利用者負担軽減事業助成金(以下「助成金」という。)を交付することとし、その交付については、新潟県介護保険事業費補助金交付要綱(平成12年高齢第671号)及び三条市補助金等交付規則(平成17年三条市規則第41号)に定めるもののほか、次条に定めるところによる。

(助成金の額)

第13条 助成金の額は、次の各号に掲げる介護保険サービスの区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 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、看護小規模多機能型居宅介護、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1号訪問事業及び第1号通所事業のうち指定事業者が行う事業(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。) 法人が利用者負担を軽減した総額から、法人が行った介護保険サービス(利用者負担の軽減を行ったものに限る。)に係る利用者負担の総額に対する1パーセントに相当する額を控除した額の2分の1の額

(2) 介護老人福祉施設 次に掲げる額を合算した額

ア 法人が介護老人福祉施設に係る利用者負担を軽減した総額のうち、本来法人が受領すべき当該サービスに係る利用者負担の総額に対する10パーセントを超える部分の額

イ 法人が介護老人福祉施設に係る利用者負担を軽減した総額のうち、本来法人が受領

すべき当該サービスに係る利用者負担の総額に対する1パーセントを超え10パーセント以下の部分の2分の1の額

- 2 前項の助成金の額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。  
(その他)

第14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

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成17年5月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の日の前日までに、合併前の三条市社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担軽減事業実施要綱（平成14年三条市告示第51号）、栄町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減免措置事業実施要綱（平成14年4月1日制定）又は下田村社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担減免措置助成事業実施要綱（平成15年4月1日制定）の規定によりなされた手続その他の行為は、それぞれこの要綱の相当規定によりなされた手続その他の行為とみなす。

(平成21年度及び平成22年度の法人による利用者負担の軽減の割合の特例措置)

- 3 平成21年度及び平成22年度に法人が行った介護サービスに係る利用者負担（食費及び居住費を除く。）の軽減の割合に限り、第10条の規定の適用については、同条中「4分の1」とあるのは「100分の28」と、「2分の1」とあるのは「100分の53」とする。

附 則（平成17年10月告示第196号）

(施行期日)

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の三条市社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担軽減事業実施要綱の規定は、平成17年10月以後の月分の介護保険サービスの利用者負担に係る軽減の助成について適用し、同年9月分までの介護保険サービスの利用者負担に係る軽減の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成18年6月告示第127号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成19年2月告示第30号）

この要綱は、平成19年3月1日から施行する。

附 則（平成21年 3 月告示第91号）

（施行期日）

1 この要綱は、平成21年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 改正後の三条市社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担軽減事業実施要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に行われた介護保険サービスの利用者負担に係る軽減及びその助成について適用し、同日前に行われた介護保険サービスの利用者負担に係る軽減及びその助成については、なお従前の例による。

附 則（平成23年 4 月告示第176号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（平成27年 6 月告示第279号）

（施行期日）

1 この要綱は、告示の日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に交付されている確認証の有効期間は、改正後の第 6 条第 3 項に規定による有効期間とみなす。

附 則（平成27年12月告示第612号）

この要綱は、平成28年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成28年 4 月告示第91号）

この要綱は、告示の日から施行する。

別表（第 9 条関係）

介護保険サービス		対象経費
指定介護老人福祉施設	旧措置入所者	食費、居住費（利用者負担の額が5パーセント以下の者にあつては、ユニット型個室に係る居住費に限る。）
	法施行後入所者	介護費、食費、居住費（介護保険法施行令第22条の2第6項に規定する要介護被保険者及び同条の2第7項に規定する居宅サービス等のあつた月の属する年の前年の公的年金等の収入金額及び当該居宅サービス等のあつた月の属する年の前年の合計所得金額の合

	計額が80万円以下である要介護被保険者に あつては、食費及び居住費に限る。)
通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型 通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、第 1号通所事業のうち指定事業者が行う事業	介護費、食費
短期入所生活介護、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居者生活介護、 看護小規模多機能型居宅介護、介護予防短期入 所生活介護及び介護予防小規模多機能型居宅 介護	介護費、食費、居住費
訪問介護、第1号訪問事業のうち指定事業者が 行う事業	介護費

様式第1号(第4条関係)

社会福祉法人による利用者負担軽減申出書

年 月 日

(宛先)三条市長

所在地  
申出法人  
名 称



社会福祉法人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。

申 出 法 人	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	
	軽減開始 時 期	年 月 日			
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所番号	事業所の名称	所 在 地	実施事業の 種 類	



様式第2号(第4条関係)

社会福祉法人による利用者負担軽減廃止届出書

年 月 日

(宛先)三条市長

所在地  
申出法人  
名 称



社会福祉法人による利用者負担の軽減を次のとおり廃止するので申し出ます。

申 出 法 人	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	
	軽減廃止 時 期	年 月 日			
軽 減 を 廃 止 す る 事 業 所	事業所番号	事業所の名称	所 在 地	実施事業の 種 類	

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

(宛先) 三条市長		年 月 日
被 保 険 者 番 号	0 0 0 0 0	
申 請 者 (被保険者)	フリガナ	
	氏 名	生年月日 年 月 日 性別 男・女
住 所	〒 ー 電話番号 ( )	

次のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

また、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、利用者負担軽減措置に係る内容について、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設並びにサービス事業者に提供することに同意します。

利 用 者 負 担 額 軽 減 申 請 理 由					
1 あなたの世帯の収入状況					
世帯員等	世帯員の氏名	申請者本人	世 帯 員		
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	世帯員個人番号				
	年間収入の総額	(老齢年金・退職年金・普通恩給・通算老齢年金・老齢基礎年金・老齢厚生年金・通算退職年金・退職共済年金)に係る年間総収入			
	公的年金	円	円	円	円
	福祉年金等	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金
	給与収入	円	円	円	円
	事業収入等	円	円	円	円
	仕送り	(世帯への仕送りの年間総収入額)			
	上記以外の収入( )	円	円	円	円
世帯の収入合計額	円				

裏面に続く

※三条市処理欄

交 付 年 月 日	備 考	
年 月 日	要 介 護 度	
	要 支 援 要 介 護	
適 用 年 月 日	軽 減 対 象	
年 月 日 から	該 当	
有 効 期 限	／	
年 月 日 まで	非 該 当	

(裏)

2 あなたの世帯の預貯金等の状況

世帯状況	基準額	預貯金等の保有状況(該当に○)	
単身世帯	350万円	1 あり	2 なし
単身世帯以外	350万円+ 100万円×(人数) = ) 円	1 あり	2 なし

※ 預貯金等とは預貯金のほか有価証券、債権等も含まれます。

3 あなたの世帯の資産状況

日常生活に供する資産(居宅にかかる土地と家屋)以外に活用できる資産(該当に○)	1 あり	2 なし
---	------	------

4 あなたの世帯が受けている経済的な援助などの状況(扶養の状況)

経済的な援助などの項目	経済的な援助などの状況(該当に○)	経済的な援助などを行っている人の住所、氏名、続柄等			
		氏名	住所	続柄	市民税の状況
(1) あなたの世帯への仕送り	1 あり 2 なし	仕送りをしている人の氏名等を記載してください。			(該当に○) ・課税 ・非課税
(2) 市民税であなた又は世帯員の扶養者となっている人	1 あり 2 なし・不明	市民税での扶養者の氏名等を記載してください。			(該当に○) ・課税 ・非課税
(3) 健康保険の保険証の名義人	1 あなた以外・世帯員以外 2 あなた又は世帯員	健康保険の保険証の名義人の氏名等を記載してください。			(該当に○) ・課税 ・非課税
(4) 住居の名義人(所有名義、賃貸名義)	1 あなた以外・世帯員以外 2 あなた又は世帯員 3 施設に住所を移して入所中	住宅の名義人の氏名等を記載してください。			(該当に○) ・課税 ・非課税
(5) 公共料金(電気・ガス・水道)を負担している人	1 あなた以外・世帯員以外 2 あなた又は世帯員 3 施設に住所を移して入所中	公共料金を負担している人の氏名等を記載してください。			(該当に○) ・課税 ・非課税

※ 上記の(1)～(5)のうち、右端の市民税の状況の「課税」に1つでも○がある場合

… あなたの世帯は、市民税が課税されている人に扶養されていることとなりますので、軽減対象にはなりません。

5 あなたの介護保険料の滞納状況

介護保険料の滞納(該当に○)	1 あり	2 なし
----------------	------	------

以上のとおり社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申告書の記載内容に間違いはありません。  
事実と異なることが判明した場合は、軽減を取り消されても異議ありません。

軽減申請者(被保険者).....㊦

様式第4号(第6条関係)

年 月 日

様

三条市長



社会福祉法人利用者負担軽減対象 決定通知書  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度)

さき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	
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 承認しない	理由

様式第5号(第6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 年 月 日 男・女
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	
保険者番号並びに 保険者の名称及び 印	
	三条市 <span style="float: right;">印</span>

(裏)

注意事項

- 1 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提出してください。
- 2 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、看護小規模多機能型居宅介護、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号訪問事業及び第1号通所事業のうち指定事業者が行う事業です。
- 3 この確認証は、新潟県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 4 上記の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。生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けている者にあつては、個室の居住費に限る。)が、前面に記載されている減額割合により減額されます。
- 5 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、この証を三条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。
- 6 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、三条市にその旨を届け出てください。
- 7 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6号(第7条関係)

年 月 日

社会福祉法人利用者負担軽減確認証再交付申請書

(宛先)三条市長

次のとおり申請します。

申請者氏名		対象者との続柄	
申請者住所	〒 電話番号		

被保険者番号	0 0 0 0 0			
個人番号				
被保険者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		
申請理由	1 紛失・滅失 2 破損・汚損 3 その他( )			

様式第1号 (第4条関係)

様式第2号 (第4条関係)

様式第3号 (第5条関係)

様式第4号 (第6条関係)

様式第5号 (第6条関係)

様式第6号 (第7条関係)