

綾瀬市社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担軽減制度実施
要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険サービスを利用する低所得で生計が困難である者及び生活保護受給者に対して、社会福祉法人等がその社会的役割にかんがみ、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的として、介護保険サービスの利用者負担を軽減する場合における取扱いについて、必要な事項を定めるものとする。

(軽減の申出)

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は、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書(第1号様式)により神奈川県知事及び市長に対してその旨の申出を行うものとする。

(対象者)

第3条 軽減制度の対象となる者は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第9条及び第13条に規定する本市の被保険者であって、法第27条の規定による要介護認定又は法第32条の規定による要支援認定等を受け、市町村民税非課税世帯に属する者のうち次の各号のいずれにも該当する者で、生計が困難と市長が認めたもの及び生活保護受給者とする。

- (1) 前年の収入が単身世帯で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に扶養されていないこと。
- (5) 介護保険料の滞納をしていない(分納している者及び支払いの誓約をしている者は除く。)こと。

2 前項の規定にかかわらず、介護保険法施行法(平成9年法律第124号)第13条に規定する旧措置入所者のうち利用者負担割合が5%以下の者(以下「特例旧措置者」という。)は、対象としない。

(軽減対象)

第4条 軽減の対象となる費用は、社会福祉法人等が法に基づき行う訪問介護、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及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに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。）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 前項の規定にかかわらず、綾瀬市訪問介護利用者負担額減額特例措置要綱（平成12年6月1日施行）の規定により訪問介護に係る利用者負担額が減額されている者については、当該利用者負担額を軽減の対象とせず、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のみ軽減の対象とする。

3 前条第2項の規定にかかわらず、特例旧措置者のユニット型個室の居住費に係る利用者負担額は、軽減の対象とする。

（軽減割合）

第5条 軽減割合は、軽減対象費用の100分の25とする。ただし、老齢福祉年金受給者については、100分の50とし、生活保護受給者については、利用者負担の全額とする。

（申請）

第6条 利用者負担の軽減対象の確認を申請しようとする者（以下「申請者」という。）は、対象者の氏名、性別、生年月日、住所、被保険者証の番号、個人番号等を記載した社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書（第2号様式）に、生活保護の受給状況、世帯の市町村民税課税状況、年金受給額を含む世帯の収入、世帯の預貯金等の額、資産の所有状況及び扶養の状況等を記載した対象者要件確認申告書（第3号様式）を添付して市長に申請するものとする。

（軽減の決定）

第7条 市長は、前条の申請を受けたときは、申請者及び世帯の状況等を調査の上軽

減の可否を決定し、社会福祉法人等利用者負担軽減決定通知書（第4号様式）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、軽減を決定したときは、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（第5号様式又は第6号様式。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

（有効期間）

第8条 前条の規定により軽減の決定を受けた者に係る当該軽減の有効期間は、毎年8月1日（有効期間の途中で軽減の決定を受けた者については、決定日の属する月の初日）から翌年7月31日までとする。

（変更）

第9条 確認証の内容に変更のあった者は、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証変更届（第7号様式）に当該確認証を添付して市長に届け出なければならない。

（委任）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

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18年7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

（施行期日）

1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の第4号様式は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

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25年9月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成27年4月8日から施行し、改正後の綾瀬市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度実施要綱の規定は、平成27年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 改正前の各号様式は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年9月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第2号様式及び第3号様式は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成29年5月30日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第2号様式は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、平成29年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和元年9月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第4号様式、第5号様式及び第6号様式は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

第1号様式(第2条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

年 月 日

神奈川県知事

綾瀬市長

申出者 所在地

法人名

代表者

電話

印

年 月 日から 年 月 日までの期間において、次のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減を実施するので申し出ます。

	事業所の名称	所在地	電話	事業の種類	担当者名
軽減 実施 予定 事業 所					

第2号様式（第6条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書

年 月 日

綾 瀬 市 長

住 所
申請者 氏 名
電 話

次のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の確認を申請します。

なお、申請に係る事実についての審査に関する事務において、世帯の市町村民税課税状況、世帯の収入状況及び介護保険料の収納状況等について、住民基本台帳、課税台帳、介護保険料収納台帳等により確認することに同意します。

対象者	ふりがな		被保険者番号	
	氏 名		生年月日	
	個人番号			
	住 所		電 話	

上記の申請について、別紙（案）のとおり決定し、確認証を交付してよいでしょうか。

（備 考）

決 裁 欄	起 案	・ ・	公 印
	決 裁	・ ・	・ ・
	処 理	・ ・	

第3号様式（第6条関係）

対象者要件確認申告書

年 月 日

氏名：

生活保護の受給状況	受給有り 受給無し
世帯の市町村民税課税状況	市町村民税非課税 市町村民税課税
世帯の収入	単身世帯で150万円以下 2人世帯で200万円以下 3人世帯で250万円以下 4人世帯で300万円以下 世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下 単身世帯で150万円超 2人世帯で200万円超 3人世帯で250万円超 4人世帯で300万円超 世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以上
世帯の預貯金等の額	単身世帯で350万円以下 2人世帯で450万円以下 3人世帯で550万円以下 4人世帯で650万円以下 世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下 単身世帯で350万円超 2人世帯で450万円超 3人世帯で550万円超 4人世帯で650万円超 世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以上
資産の所有状況	現在お住まいの家以外に住居や土地を 所有していない 所有している
扶養の状況	負担能力のある親族に 扶養されていない 扶養されている

第4号様式(第7条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減決定通知書

年 月 日

様

綾瀬市長



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、次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		決定内容	
-------	--	------	--

決 定 事 項	適用年月日	年 月 日
	有効期限	年 月 日
	確認番号	
	(承認内容)	
	却下理由	

第5号様式(第7条関係)

(表面)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証			
交付年月日			
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
軽減割合			
保険者番号 並びに 発行機関名 及び印	綾瀬市長		

(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出してください。

対象となるサービス(介護保険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一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。))

二 この確認証は、神奈川県知事及び市長に申出のあった事業者のみ有効です。

三 前記のサービスを利用した場合、綾瀬市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度実施要綱に基づき利用者負担額が軽減されます。

四 被保険者の資格がなくなったとき、軽減制度の要件に該当しなくなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なくこの確認証を綾瀬市に返却してください。

五 この確認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、この確認証を添えて、綾瀬市にその旨を届け出てください。

六 不正にこの確認証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けま

第6号様式（第7条関係）

（表面）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証			
交付年月日			
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
軽減割合			
保険者番号 並びに 発行機関名 及び印		綾瀬市長	

（裏面）

注 意 事 項	<p>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。</p> <p>対象となるサービス（介護保険法に基づく短期入所生活介護、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、介護予防短期入所生活介護）</p> <p>二 この確認証は、神奈川県知事及び市長に申出のあった事業者のみ有効です。</p> <p>三 前記のサービスを利用した場合、綾瀬市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度実施要綱に基づき利用者負担額が軽減されます。</p> <p>四 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、遅滞なくこの確認証を綾瀬市に返却してください。</p> <p>五 この確認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、この確認証を添えて、綾瀬市にその旨を届け出てください。</p> <p>六 不正にこの確認証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けま</p>
------------------	---

第7号様式(第9条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証変更届

年 月 日

綾 瀬 市 長

住 所
届出人 氏 名
電 話

次のとおり届け出ます。

変更事項	変 更 前	変 更 後
変更事由発生年月日	年 月 日	