

事務連絡  
平成26年5月30日

社会福祉法人等利用者負担軽減措置実施届出法人  
介護保険指定居宅介護支援事業所 各位  
介護保険指定介護予防支援事業所

八幡浜市保健センター所長  
(公印省略)

八幡浜市社会福祉法人等利用者負担軽減措置事業の実施について

平素より介護保険事業の円滑な運営にご協力を賜り、誠にありがとうございます。

標記事業について、平成26年度事業を実施しますので、貴事業所と関わりのある介護サービス利用者の方で、引き続き本事業の軽減措置を受けようとする方又は軽減基準に該当すると思われる方がおられましたら、申請手続に関して必要な援助をしていただきますようお願いいたします。

なお、事業内容等については、別紙資料をご参照の上、適正な申請手続にご協力をお願いします。

記

1 事業名称 八幡浜市社会福祉法人等利用者負担軽減措置事業

2 送付書類

① 「申請書」及び「収入等申告書」用紙

八幡浜市公式ホームページ ⇒ 暮らしの情報 ⇒ 介護福祉 ⇒ 介護保険サービス案内 ⇒ 介護保険サービス関係申請書・書式ダウンロード

(<http://www.city.yawatahama.ehime.jp>)

② 八幡浜市社会福祉法人等利用者負担軽減事業内容要約資料

③ 「申請書」及び「収入等申告書」(記載例)

3 締切日 7月末日

※7月を超えて届出をした場合、届出月の初日が認定有効期間の開始日となります。

〒796-0021

八幡浜市松柏乙1101

八幡浜市保健福祉総合センター内

八幡浜市保健センター介護サービス係 担当：菊池

TEL：(0894)24-6628 FAX：(0894)24-6652

# 八幡浜市社会福祉法人等利用者負担軽減措置事業について

平成26年4月1日改正の要綱より要約

<p>事業の目的</p>	<p>◎低所得で特に生計が困難なもの及び生活保護受給者について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等がその社会的役割にかんがみ、利用者負担額を一定割合軽減することにより、利用者の経済負担を緩和し、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とする。</p>								
<p>軽減対象者</p>	<p>◎要介護被保険者又は要支援被保険者であって、市町民税世帯非課税者のうち次の各号の要件の全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市長が認めたもの及び生活保護受給者とする。</p> <table border="1" data-bbox="359 600 1407 2110"> <thead> <tr> <th data-bbox="359 600 571 645">区 分</th> <th colspan="2" data-bbox="571 600 1407 645">説 明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="359 645 571 2110"> <p>市長が生計困難者と認める者及び生活保護受給者</p> </td> <td data-bbox="571 645 890 2110"> <p>要綱では具体的に次のように定める。</p> <p>○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）利用者 ○在宅サービス利用者 ○地域密着型介護サービス利用者</p> </td> <td data-bbox="890 645 1407 2110"> <p>① 世帯全員の年間の必要経費を除いた収入見込み合計が、<u>1人世帯で150万以下、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下</u>であること。</p> <p>② 預貯金等（有価証券・債権券等）が<u>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</u>であること。</p> <p>③ 別世帯の市町民税課税世帯から扶養されていないこと。</p> <p>④ 世帯員が居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。</p> <p>⑤ 介護保険料を滞納していないこと。</p> </td> </tr> </tbody> </table>			区 分	説 明		<p>市長が生計困難者と認める者及び生活保護受給者</p>	<p>要綱では具体的に次のように定める。</p> <p>○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）利用者 ○在宅サービス利用者 ○地域密着型介護サービス利用者</p>	<p>① 世帯全員の年間の必要経費を除いた収入見込み合計が、<u>1人世帯で150万以下、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下</u>であること。</p> <p>② 預貯金等（有価証券・債権券等）が<u>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</u>であること。</p> <p>③ 別世帯の市町民税課税世帯から扶養されていないこと。</p> <p>④ 世帯員が居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。</p> <p>⑤ 介護保険料を滞納していないこと。</p>
区 分	説 明								
<p>市長が生計困難者と認める者及び生活保護受給者</p>	<p>要綱では具体的に次のように定める。</p> <p>○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）利用者 ○在宅サービス利用者 ○地域密着型介護サービス利用者</p>	<p>① 世帯全員の年間の必要経費を除いた収入見込み合計が、<u>1人世帯で150万以下、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下</u>であること。</p> <p>② 預貯金等（有価証券・債権券等）が<u>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</u>であること。</p> <p>③ 別世帯の市町民税課税世帯から扶養されていないこと。</p> <p>④ 世帯員が居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。</p> <p>⑤ 介護保険料を滞納していないこと。</p>							

◎利用者負担額の軽減を実施する旨を県に届け出た社会福祉法人等が提供する次のサービスについて軽減を行う。

軽減対象サービス		軽減対象費用	軽減割合
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	旧措置入所者の利用者負担5%未満のものはユニット型個室	居住費	○原則 (A) ・介護費負担 ・居住費、食費負担 1/4 (25%)
	生活保護受給者	個室の居住費	○老齢福祉年金受給者 (B) ・介護費負担 ・居住費、食費負担 1/2 (50%)
	上記以外のもの(旧措置者含む)	介護費負担 食費負担 居住費	
(介護予防)訪問介護		介護費負担	○生活保護受給者 (C) ・個室の居住費(滞在費) 全額(100%)
(介護予防)通所介護		介護費負担 食費負担	
(介護予防)短期入所生活介護	生活保護受給者	個室の滞在費	
	上記以外のもの	介護費負担 食費負担 滞在費負担	○平成25年8月1日施行又は平成26年4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、引き続き軽減対象となる者 ・介護費・食費負担(A)、(B)に同じ ・個室の居住費(滞在費)(C)に同じ
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		介護費負担	○平成25年8月1日施行又は平成26年4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、引き続き軽減対象となる者 ・介護費・食費負担(A)、(B)に同じ ・個室の居住費(滞在費)(C)に同じ
夜間対応型訪問介護		介護費負担	
(介護予防)認知症対応型通所介護		介護費負担 食費負担	
(介護予防)小規模多機能型居宅介護		介護費負担 食費負担 宿泊費負担	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	生活保護受給者	個室の居住費	
	上記以外のもの	介護費負担 食費負担 居住費負担	
複合型サービス		介護費負担 食費負担 宿泊費負担	

軽減の対象となるサービスと軽減割合

認定証等

名称 : 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証  
有効期間 : 翌年度の6月末日とする。ただし、4月から6月までに発行する場合は当該年度の6月末日とする。  
適用年月日 : 認定のあった月の初日から適用する。

他制度等 との適用 関係	<p>(1) 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介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費との関係は、本事業に基づく軽減制度の適用をまず行い、軽減制度適用後の利用者負担額に着目して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介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費の支給を行うものとする。<u>ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスを利用する利用者負担第2段階の者のサービス費に係る利用者負担については、高額介護サービス費の見直しにより、本事業に基づく軽減を上回る軽減がなされることになることから、事業主体の負担に鑑み、当該部分について本事業の軽減の対象としないこととする。</u></p> <p>(2) 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の支給後の利用者負担額について、本事業に基づく軽減制度の適用を行う。</p>
--------------------	--

記載例

## 八幡浜市社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

市記入欄

フリガナ	ヤワタハマ タロウ	確認番号				
被保険者氏名	八幡浜 太郎	被保険者番号	0000012345			
生年月日	昭和20年1月1日	性別	男・女			
住所	〒 796-8501 八幡浜市北浜1丁目1番1号 電話番号 0894-24-6628					
利用者負担額軽減理由	低所得のため					
軽減対象サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	1. 特別養護老人ホーム	6. 夜間対応型訪問介護			
	<input type="checkbox"/>	2. 訪問介護(介護予防)	7. 認知症対応型通所介護(介護予防)			
	<input type="checkbox"/>	3. 通所介護(介護予防)	8. 小規模多機能型居宅介護(介護予防)			
	<input type="checkbox"/>	4. 短期入所生活介護(介護予防)	9. 地域密着型介護老人福祉施設			
	<input type="checkbox"/>	5. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	10. 複合型サービス			
税法上の扶養関係の有無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	※ 有りの場合、申請者を扶養するものの氏名				
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください		
世帯構成	世帯主	八幡浜 太郎	昭和20年1月1日	男	<input checked="" type="checkbox"/>	
	世帯員	八幡浜 花子	昭和22年2月2日	女		
八幡浜市長様 7月中の日付としてください。						
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申請をします						
平成 26年 7月 1日						
申請者 住所 八幡浜市北浜1丁目1番1号						
氏名 八幡浜 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 印						
※市町村記入欄						
交付年月日	備考					
平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者である高齢福祉年金受給者	1/2 軽減				
適用年月日	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者	1/4 軽減				
平成 年 月 日から	その他市長が上記に準ずる生計困難者と認めた者 150万以下(世帯員1人50万加算) 預金等350万以下(世帯員1人100万加算)					
有効期限	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者(居住費・滞在費のみ)	全額軽減				
平成 年6月30日まで	<input type="checkbox"/> 非該当					

八幡浜市社会福祉法人等利用者負担軽減確認書に係る収入等申告書

平成 26年 7月 1日

八幡浜市長 様

生活保護受給者については、本申告書の提出は不要です。

前年

申告日

被保険者 住 所 八幡浜市北浜1丁目1番1号

氏 名 八幡浜 太郎

生 年 月 日 S20.1.1

わたしの平成25年中の収入及び預貯金等について下記の通り申告します。

・申告制度の趣旨に則り、世帯員全員の年間収入の把握に努めてください。  
 (課税収入については、市の公簿(課税台帳等)等で確認できますが、市では把握できない収入(扶助料等)もあるので留意してください。)  
 ・公的年金等の源泉徴収票等、収入額を証明する書類のコピーを添付してください。  
 (書類の紛失等により添付できない理由がある場合でも、世帯員から聴取する等により、年間収入を把握した上で適正な申告に努めてください。)

区分					
区分					
世帯収入	国民年金	123	456789	太郎	792,100
	厚生年金	234	567890	花子	600,000
	共済・恩給				
	扶助料				
	財産収入				
	利子・配当収入				
	その他収入				
	収入計(A)				1,392,100
					1,392,100
その他	世帯の預貯金の額 (合計)	3,330,000円			※コピーの添付が無理な場合、 介護支援専門員等事業所の確認必要 確認者署名欄 ( )
	有価証券、債権の保有の有無	<input type="checkbox"/> 有り		<input checked="" type="checkbox"/> 無し	
	不動産等活用資産の状況	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	※有りの場合、所在地、状況等 [ ]	
	税法上の扶養の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	※有りの場合、扶養者氏名 [ ]	
	利用希望法人名・サービス名等	<input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス 法人・サービス名 ( 特別養護老人ホーム 八幡浜 ) <input type="checkbox"/> 在宅サービス 法人・サービス名 ( )			
課税状況・所得状況調査					
社会福祉法人等の負担軽減対象者確認において私(世帯)の収入状況、課税状況、及び資産(預貯金・不動産等)、扶養の有無等について調査することに同意します。					
世帯主名				八幡浜 太郎	印

・市では預貯金額の把握はできないので、世帯員全員の通帳のコピー(写真も可)を添付してください。

(注意)  
 ・申請者が不正な手段若しくは虚偽の申告により軽減の決定を受けたときは、決定事項の取消しを行います。  
 ・介護支援専門員が申請者と共謀して虚偽の申請をする等、介護保険法の信用失墜行為の禁止規定に抵触すれば、介護支援専門員登録を削除され、事業者も行政処分の対象となる可能性があるため、取扱いには慎重かつ細心の注意を払ってください。

※通帳のコピーを添付すること

世帯主本人の署名捺印

※世帯収入欄には前年(1月～12月)の収入を記入すること。

- ①年金・恩給等収入(年金、恩給等これに類する定期的な収入。)
- ②財産収入(田畑、家屋、機械器具等を外に利用させて得られる収入。)
- ③利子配当収入(公社債の利子、預貯金利子、法人等から受ける配当の収入。)

※収入のわかる資料を添付すること。(例、通帳のコピー、源泉徴収票、確定申告書等)