

○紀の川市社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度に係る実施要綱

平成23年5月30日

告示第48号

改正 平成25年8月9日告示第91号

平成26年6月24日告示第62号

平成26年9月22日告示第78号

平成28年3月11日告示第18号

平成30年1月9日告示第3号

令和3年7月14日告示第150号

紀の川市社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度に係る実施要綱（平成18年紀の川市告示第63号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この告示は、本市が行う介護保険の要支援認定者及び要介護認定者（以下「要介護認定者等」という。）のうち低所得者で生計が困難である者（以下「生計困難者」という。）、生活保護受給者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条第1項に規定する支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則第4条第1項に規定する支援給付及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第106号）附則第2条第1項又は第2項の規定によりなお従前の例によることとされた同法による改正前の中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第1項に規定する支援給付を含む。）を受けている者（以下「生活保護受給者等」という。）が、あらかじめ利用者負担の軽減を実施する旨を申し出た社会福祉法人等（以下「軽減法人」という。）が提供する軽減対象となる介護保険サービスを利用する場合、軽減法人がこれらのサービス利用に伴う利用者負担の一部を減額し、もって低所得利用者の生活の安定と介護保険制度の円滑な実施に資す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は、介護サービスを提供する事業所及び施設の所在地の都道府県知事及び市長にその旨の申出を行うものとする。

（軽減の対象となるサービス及び軽減内容）

第3条 生計困難者の軽減の対象となる介護保険サービスは、次のサービスとする。

- (1) 訪問介護、夜間対応型訪問介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (2) 通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護
- (3) 小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス
- (4) 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護
- (5) 介護老人福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設サービス
- (6) 第1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。)

(7) 第1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。)

(8) 第2号から第5号まで及び前号に規定するサービス利用に係る日常生活に要する費用負担のうち食費、居住費(滞在費)及び宿泊費

2 前項に掲げるサービスの軽減割合は、利用者負担の4分の1とする。ただし、老齢福祉年金の受給者にあつては、利用者負担額の2分の1とする。

3 生活保護受給者等の軽減の対象となる介護保険サービスは、次のサービス利用に係るユニット型個室の居住費(滞在費)とする。

(1) 短期入所者生活介護及び介護予防短期入所者生活介護

(2) 介護老人福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設サービス

4 前項に掲げるサービスの軽減割合は、利用者負担額の全額とする。

(軽減対象者)

第4条 軽減対象者は、要介護認定者等で、その属する世帯の世帯主及び全ての世帯員に市町村民税が課されていない者又は免除されている者(以下「市町村民税世帯非課税者」という。)であつて次の要件の全てを満たす者のうちその者の収入、世帯の状況及び利用者負担等を総合的に勘案し生計が困難である者と市長が認めた者並びに生活保護受給者等とする。

(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。

(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。

(適用除外)

第5条 前条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条第3項に規定する旧措置入所者で、利用者負担割合が5%以下として実質的に負担軽減を受けている者(以下「実質的負担軽減者」という。)は、軽減対象者としなない。ただし、旧措置入所者で実質的負担軽減者であっても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、この限りでない。

(その他介護保険制度との適用関係)

第6条 紀の川市障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業との適用関係については、まず、これらの措置の適用を行い、その後、必要に応じて、本制度に基づく軽減の適用を行うものとする。

2 介護保険制度における次の制度との適用関係については、本制度に基づく軽減の適用をまず行い、軽減の適用後の利用者負担額に着目して支給を行うものとする。

(1) 高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費

(2) 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

- 3 介護保険制度における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との適用関係については、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、本制度に基づく軽減の適用を行うものとする。

(軽減の手続)

第7条 第2条に定める市長に対する申出は、利用者負担軽減申出書(様式第1号)により行うものとする。

- 2 軽減を受けようとする者は、あらかじめ、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)に収入等申告書(様式第3号)を添えて市長に提出しなければならない。
- 3 市長は、前項の規定により申請した生計困難者が軽減対象者であると認めたときは、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書(様式第4号。以下「決定通知書」という。)により通知するとともに、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証(様式第5号の1)を交付するものとする。ただし、軽減対象者でないと認めたときは、理由を付して決定通知書により通知するものとする。
- 4 市長は、第2項の規定により申請した生活保護受給者等が軽減対象者であると認めたときは、決定通知書により通知するとともに、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証(生活保護受給者等用)(様式第5号の2)を交付するものとする。ただし、軽減対象者でないと認めたときは、理由を付して決定通知書により通知するものとする。
- 5 第1項の申出を行った社会福祉法人等は、第3条第1項に掲げるサービスの提供に際し、前2項の社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証(以下「確認証」という。)を提示した利用者に対して、同条第2項及び第4項に規定する軽減を行うものとする。

(確認証の有効期限)

第8条 確認証の有効期限は、申請のあった日の属する年度の翌年度の7月末日までとする。ただし、4月1日から7月末日までに申請があったものは、当該年度の7月末日までとする。

- 2 始期については、申請のあった日の属する月の初日とする。

(確認証の更新)

第9条 確認証の交付を受けた者は、有効期限後においても確認証の交付が必要であるときは、確認証の更新の申請を行うことができる。

- 2 第7条第2項から第4項までの規定は、確認証の更新申請について準用する。

(確認証の再交付)

第10条 確認証の交付を受けた者は、交付された確認証を紛失又は破損したときは、確認証の再交付を市長に申請することができる。

- 2 確認証を破損した場合の前項の申請には、破損した確認証を添えなければならない。
- 3 第1項の申請により確認証の再交付を受けた者が紛失した確認証を発見したときは、直ちに、発見した確認証を市長に返還しなければならない。

(確認証の返還)

第11条 確認証の交付を受けた者は、次に掲げる事由が生じたときは、速やかに確認証を市長に返還し

なければならない。

- (1) 確認証の有効期限に至ったとき。
- (2) 転出又は死亡により被保険者でなくなったとき。
- (3) 第4条に定める要件に該当しなくなったとき。
- (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の各号のいずれかに該当すると認めるときは、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) その他確認証の使用に関し不正な行為があったとき。

(助成)

第12条 市長は、軽減法人が利用者負担を軽減した総額のうち、当該軽減法人の本来受領すべき利用者負担収入に対する1%を控除した額の2分の1に相当する額(1,000円未満切捨て)を助成する。ただし、介護老人福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設サービスに係る利用者負担の軽減を行う軽減法人については、軽減した総額のうち本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が10%を超える部分について、全額を助成の対象とする。

2 助成を受けようとする軽減法人は、社会福祉法人等利用者負担軽減助成金交付申請書(様式第6号)に社会福祉法人等利用者負担軽減助成金請求明細書(様式第7号)及びその他必要とする書類を添えて市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、助成の可否を決定し、その結果を社会福祉法人等利用者負担軽減助成金交付決定通知書(様式第8号)により、申請者に通知し支払うものとする。

(その他)

第13条 この告示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 この告示は、公布の日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

(生活扶助基準等の改正に伴う特例措置)

2 平成25年8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4条に規定する軽減の対象者に該当する生計困難者については、第3条第2項の規定にかかわらず、軽減の程度を居住費以外に係る利用者負担については4分の1、老齢福祉年金受給者にあっては2分の1を原則とするとともに、居住費に係る利用者負担については全額とすることができる。

附 則(平成25年8月9日告示第91号)

この告示は、公布の日から施行し、改正後の紀の川市社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度に係る実施要綱の規定は、平成25年8月1日から適用する。

附 則（平成26年6月24日告示第62号）

（施行期日）

1 この告示は、平成26年7月1日から施行する。

（確認証の有効期限の特例）

2 確認証の有効期限は、改正後の第8条第1項の規定にかかわらず、平成26年7月1日から平成26年7月末日までに申請があったものについては、平成27年7月末日までとし、平成26年4月1日から平成26年6月末日までの申請については、なお従前の例による。

附 則（平成26年9月22日告示第78号）

この告示は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成28年3月11日告示第18号）

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年1月9日告示第3号）

この告示は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（令和3年7月14日告示第150号）

この告示は、公布の日から施行する。

様式第2号(第7条関係)

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)

| | | | | | | | |
|--|--|---------|---------|---------------------|-------|-------|-------|
| 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 | | | | |
| 利用サービス | 1特別養護老人ホーム(旧措置入所者への該当 該当・非該当) 2在宅サービス(訪問介護の経過措置への該当 該当・非該当) | | | | | | |
| 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○ を付けてください | | | |
| | 世 帯 主 | 年 月 日 | 男・女 | | | | |
| | 世 帯 員 | 年 月 日 | 男・女 | | | | |
| | | 年 月 日 | 男・女 | | | | |
| | | 年 月 日 | 男・女 | | | | |
| | | 年 月 日 | 男・女 | | | | |
| <p>(宛先) 紀の川市長</p> <p>上記のとおり、別紙収入申告書を添付し、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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏 名</p> | | | | | | | |

紀の川市記入欄

| | | |
|---------------------|---|-----|
| 交付年月日 | 所得状況等確認欄 | 備 考 |
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者等 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 介護保険料収納状況 (滞納 有・無) | |
| 適用年月日 | | |
| 年 月 日 から | | |
| 有効期間 年 月 日 まで | | |

様式第3号(第7条関係)

収 入 等 申 告 書

氏名_____

次のとおり私の世帯の収入等を報告します。

1 世帯の収入状況

| 氏 名 | 収入の種類 | 収 入 年 額 |
|-----|-------|---------|
| | | 円 |
| | | 円 |
| | | 円 |

2 世帯の金融資産状況

| 預貯金 | <input type="checkbox"/> 有 | 名 義 | 預 け 入 れ 先 | 預 け 入 れ 金 額 |
|----------|----------------------------|-----|-----------|-------------|
| | <input type="checkbox"/> 無 | | | [支店] |
| | | | [支店] | 円 |
| | | | [支店] | 円 |
| 国債・株式等 | <input type="checkbox"/> 有 | 名 義 | 種 類 | 額 面 金 額 |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | | 円 |
| | | | | 円 |
| その他の金融資産 | <input type="checkbox"/> 有 | 名 義 | 種 類 | 金 額 |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | | 円 |
| | | | | 円 |

3 世帯のその他の資産所有状況

- 自分が住んでいる土地・家屋を所有している。
 その他の不動産等(動産を含む)を所有している。

| 名 義 | 種類 | 面積等 | 所 在 地 | 活用状況 |
|-----|----|-----|-------|------|
| | | | | |
| | | | | |

所有していない。

4 申請者の被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
 扶養親族となっている。
 扶養親族となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
 被扶養者となっている。
 被扶養者となっていない。

様式第4号(第7条関係)

第 号
年 月 日

〒 —
様

紀の川市長 印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

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。

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

| 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 |
| | 承認内容 | | | |
| | 確認番号 | | | |
| 2 承認しない | 理由 | | | |

【問い合わせ先】紀の川市役所 高齢介護課

(教示)

- この処分不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3箇月以内に、和歌山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(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります)。
- 上記1の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、紀の川市を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(紀の川市長が被告の代表者となります)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - 審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても裁決がないとき。
 - 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。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

連絡先 和歌山県介護保険審査会
住所 和歌山市小松原通1-1

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

(表面)

(裏面)

| | |
|---|----------------------|
| 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証 (社会福祉法人等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 |
| | 男・女 |
| 介護保険被保険者番号 | |
| 適用年月日 | から |
| 有効期限 | まで |
| 軽減割合 | ／100 |
| 発行機関係及び | <input type="text"/> |

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。
- 二 対象となるサービスは、訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設、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）です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前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）が、表面に記載されている軽減割合により軽減されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減措置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、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際は、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、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

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証 (生活保護受給者等用)
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

(表面)

(裏面)

| | |
|---|----------------------|
| 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証 (社会福祉法人等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 男・女 |
| 介護保険被保険者番号 | |
| 適用年月日 | から |
| 有効期限 | まで |
| 軽減割合 | (居住費・滞在費のみ) 100/100 |
| 発行機関名 及び印 | <input type="text"/> |

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。
- 二 対象となるサービスは、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前記のサービスの居住費(滞在費)が、表面に記載されている軽減割合により軽減されます。
- 五 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、この証を紀の川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、紀の川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

様式第6号(第12条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減助成金交付申請書

(宛先) 紀の川市長

住 所

申請者

法人名

代表者氏名

年度において、本法人が軽減を行った費用に対する助成金として、次の金額を交付されたく関係書類を添えて申請します。

申請額 金 _____ 円

(添付書類)

- 1 社会福祉法人等利用者負担軽減助成金請求明細書
- 2 その他必要書類()

様式第8号(第12条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減助成金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

紀の川市長 印

年 月 日付で申請のあった社会福祉法人等利用者負担軽減助成金について、次のとおり決定したので通知します。

交付決定額 金 _____ 円

様式第1号 (第7条関係)

様式第2号 (第7条関係)

様式第3号 (第7条関係)

様式第4号 (第7条関係)

様式第5号の1 (第7条関係)

様式第5号の2 (第7条関係)

様式第6号 (第12条関係)

様式第7号 (第12条関係)

様式第8号 (第12条関係)