

○北上市社会福祉法人利用者負担軽減制度事業補助金交付要綱

平成12年8月1日

告示第89号

改正 平成15年3月31日告示第29号

平成17年10月31日告示第66号

(題名改称)

平成19年3月29日告示第15号

平成24年11月1日告示甲第35号

平成25年11月18日告示甲第56号

平成26年5月23日告示甲第27号

平成27年3月31日告示甲第8号

平成27年6月11日告示甲第25号

平成27年12月28日告示甲第45号

平成28年9月16日告示甲第41号

平成29年3月31日告示甲第13号

(目的)

第1 この告示は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に規定する介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人（利用者負担の軽減実施について、岩手県及び北上市に申出している社会福祉法人に限る。以下「法人」という。）が低所得者への支援策として生計が困難な者を対象として介護保険サービスに係る保険給付の対象となる介護費負担並びに保険給付の対象とならない食費負担及び居住費負担の軽減を実施した場合に要する経費に対し、予算の範囲内で補助金を交付することについて、北上市補助金交付規則（平成3年北上市規則第57号）に定めるもののほか、必要な事項を定めることを目的とする。

(平17告示66・平24告示甲35・一部改正)

(対象者)

第2 この事業の対象者は、生活保護受給者及び市町村民税非課税世帯のうち次の要件の全てを満たす者とする。

(1) 前年度年間収入が単身世帯で150万円以下とし、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350万円以下とし、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と、市長が認定した者であること。

(4) 負担能力のある親族等に扶養されていないと、市長が認定した者であること。

(5) 介護保険料を滞納していないこと。

(平17告示66・全改、平24告示甲35・一部改正)

(補助対象利用者負担及び軽減額)

第3 法人が介護保険サービスの軽減を行った場合に、補助対象となる利用者負担は、次のとおりとする。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で利用者負担割合が5パーセント以下の者については、ユニット型個室の居住費の利用者負担額のみ軽減対象とし、生活保護受給者については、個室の居住費及び滞在費に係る利用者負担額について軽減の対象とする。

(1) 法第8条第2項に規定する訪問介護 介護費負担

(2) 法第8条第7項に規定する通所介護 介護費負担及び食費負担

(3) 法第8条第9項に規定する短期入所生活介護 介護費負担、食費負担及び滞在費負担

(4) 法第8条第15項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護 介護費負担

(5) 法第8条第16項に規定する夜間対応型訪問介護 介護費負担

(6) 法第8条第17項に規定する地域密着型通所介護 介護費負担及び食費負担

(7) 法第8条第18項に規定する認知症対応型通所介護 介護費負担及び食費負担

(8) 法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護 介護費負担、食費負担及び宿泊費負担

(9) 法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護費負担、食費負担及び居住費負担

(10) 法第8条第23項に規定する複合型サービス 介護費負担、食費負担及び滞在費負担

(11) 法第8条第27項に規定する介護福祉施設サービス 介護費負担、食費負担及び居住費負担（旧措置入所者については、食費負担及び居住費負担）

(12) 法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業 介護費負担

(13) 法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業のうち介護予防通

所介護に相当する事業 介護費負担及び食費負担

(14) 法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護 介護費負担、食費負担及び滞在費負担

(15) 法第8条の2第13項に規定する介護予防認知症対応型通所介護 介護費負担及び食費負担

(16) 法第8条の2第14項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護 介護費負担、食費負担及び宿泊費負担

2 前項第3号、第9号、第11号又は第14号に規定する食費、居住費及び滞在費に係る利用者負担については、法第51条の3に規定する特定入所者介護サービス費又は法第61条の3に規定する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対象とする。

3 補助対象となる軽減額は、第1項に係る利用者負担額の4分の1（老齢福祉年金受給者は利用者負担額の2分の1）に相当する額を限度とする。ただし、生活保護受給者については、利用者負担額の全額とする。

（平17告示66・全改、平19告示15・平24告示甲35・平27告示甲8・平27告示甲25・平28告示甲41・平29告示甲13・一部改正）

（軽減の実施に係る手続）

第4 法人による利用者負担（介護費負担、食費負担及び居住費負担の総額をいう。）の軽減の実施に係る事務処理は、次のとおりとする。

(1) 軽減を実施しようとする法人（以下「実施法人」という。）は、生計困難者に対する軽減制度に係る法人としての実施意向等届出書（様式第1号）及び社会福祉法人による利用者負担軽減（生計困難者に対する軽減）制度候補者名簿（様式第2号）を作成し、市長に届け出るものとする。

(2) 法人による利用者負担の軽減を受けようとする者（以下「申請者」という。）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）を作成し、収入等申告書（様式第4号）を添付して市長に申請するものとする。

(3) 市長は、前号の申請があったときは、申請内容等を審査する。この場合において、市長は、申請者に対し、必要な市町村民税の課税状況等を証明する書類の添付を求めることができる。

(4) 市長は、前号の審査により、第2に規定する対象者と認めるときは、社会福祉法人利用者負担軽減対象確認通知書（様式第5号）により申請者に通知するも

のとする。

(5) 市長は、実施法人に対し、前号の対象者を登録した社会福祉法人による利用者負担軽減（生計困難者に対する軽減）制度確認者名簿（様式第6号）を送付するものとする。

(6) 実施法人は、毎月の利用者負担軽減実施状況を次の様式により翌月の20日までに市長に報告するものとする。

ア 社会福祉法人による利用者負担軽減実施状況総括表（様式第7号）

イ 社会福祉法人による利用者負担軽減（生計困難者に対する軽減）実施管理個表（様式第8号）

（平17告示66・全改、平24告示甲35・一部改正）

（補助金の額）

第5 補助金の額は、次のとおりとする。

(1) 第3第1項第1号から第8号まで、第10号及び第12号から第16号までに規定する介護保険サービス 利用者負担を軽減した総額から実施法人が本来受領すべき利用者負担収入の総額の1パーセントに相当する額を控除した額の2分の1とする。

(2) 第3第1項第9号及び第11号に規定する介護保険サービス 利用者負担を軽減した総額が、実施法人が本来受領すべき利用者負担収入の総額の10パーセント以下の場合、利用者負担を軽減した総額から本来受領すべき利用者負担収入の総額の1パーセントに相当する額を控除した額の2分の1とし、利用者負担を軽減した総額が、実施法人が本来受領すべき利用者負担収入の総額の10パーセントを超える場合は、利用者負担を軽減した総額から本来受領すべき利用者負担収入の総額の5.5パーセントに相当する額を控除した額とする。

（平17告示66・全改、平19告示15・平24告示甲35・平27告示甲25・平28告示甲41・一部改正）

（補助金の交付申請）

第6 実施法人は、毎年度末日までに市長に補助金の交付申請をするものとする。

（生活扶助基準見直しに伴う特例措置）

第7 平成25年8月1日から適用された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、廃止時点においてこの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る居住費の利用者負担がなかったもののうち、引き続き

軽減対象者に該当するものの軽減額は、居住費及び滞在費に係る利用者負担については全額とし、それ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は、2分の1とする。）を限度とする。

2 平成26年4月1日から適用された生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって、廃止時点においてこの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る居住費の利用者負担がなかったもののうち、引き続き軽減対象者に該当するものの軽減額は、居住費及び滞在費に係る利用者負担については全額とし、それ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は、2分の1とする。）を限度とする。

3 平成27年4月1日から適用された生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって、廃止時点においてこの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る居住費の利用者負担がなかったもののうち、引き続き軽減対象者に該当するものの軽減額は、居住費及び滞在費に係る利用者負担については全額とし、それ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は、2分の1とする。）を限度とする。

（平25告示甲56・追加、平26告示甲27・平27告示甲25・一部改正）

制定文 抄

平成12年4月1日から適用する。

改正文（平成15年告示第29号）抄

平成15年4月1日から施行する。

改正文（平成17年告示第66号）抄

平成17年10月1日から適用する。ただし、この告示の適用の際、現にこの告示による改正前の規定により対象者と決定した者は、この告示第4第4号の規定に基づく対象者とみなす。

改正文（平成19年告示第15号）抄

平成19年4月1日から施行する。

改正文（平成27年告示甲第8号）抄

平成27年4月1日から施行する。

改正文（平成27年告示甲第25号）抄

平成27年4月1日から適用する。

改正文（平成27年告示甲第45号）抄

平成28年1月1日から施行する。

改正文（平成29年告示甲第13号）抄
平成29年4月1日から施行する。

生計困難者に対する軽減制度に係る法人としての実施意向等届出書

(年 月 日現在)

社会福祉法人名	連絡担当者 職・氏 名	電話番号 — —
		FAX番号 — —

軽減に係る介護保険サービスの種類	軽減実施事業所名 ※複数ある場合は全て記載すること。 (以下の項目について、事業所ごとに取扱い等が異なる場合は各々記載のこと。)	介護報酬等に係る割引率設定の県への届出の有無及び割引率	軽減の対象とする利用負担の種類 (法人としての実施意向) ※該当するもの全てに○を付すこと。
		有(/100) ・ 無	・介護費負担 ・食費負担 ・居住費等負担
		有(/100) ・ 無	・介護費負担 ・食費負担 ・居住費等負担
		有(/100) ・ 無	・介護費負担 ・食費負担 ・居住費等負担
		有(/100) ・ 無	・介護費負担 ・食費負担 ・居住費等負担
		有(/100) ・ 無	・介護費負担 ・食費負担 ・居住費等負担

軽減を実施する利用者の範囲に係る法人としての意向	北上市が助成の対象とする軽減経費及び軽減の程度による法人としての対応
<p>※県への軽減実施届出書の記載内容と同じものいずれか1つに○を付すこと。</p> <p>ア 助成措置のある市町村を保険者とする利用者に対してのみ軽減を行う。</p> <p>イ 助成措置のある市町村を保険者とする利用者のほか、市町村の助成措置がない利用者(軽減制度対象者)についても、法人独自の対応として軽減を行う。</p> <p>ウ その他</p>	<p>※いずれか1つに○を付すこと。なお、左の「軽減を実施する利用者の範囲に係る法人としての意向」において、「イ」に該当する場合は、当該欄においても、原則として、「イ」に○を付すこと。</p> <p>ア 最終的には、北上市が助成の対象とする軽減経費及び軽減の程度に応じて軽減を実施する。従って、軽減決定の内容は、法人としての軽減実施意向にかかわらず、北上市が助成の対象とする軽減経費及び軽減の程度により決定していただきたい。</p> <p>イ 北上市が助成の対象とする軽減経費及び軽減の程度にかかわらず、制度の範囲内において法人独自の対応として軽減を実施する。(ないし実施する場合がある。)</p> <p>従って、軽減決定の内容は、北上市が助成の対象とする軽減経費及び軽減の程度にかかわらず、制度の範囲内において法人の軽減実施意向に沿ったものとしていただいで差し支えない。</p> <p>ウ その他</p>
<p>摘要(その他連絡、確認事項等)</p>	

様式第3号(第4関係)

社会福祉法人名

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度)

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	性別	男・女	
住所				
軽減を受けたいサービスの種類	ア 介護老人福祉施設 イ 通所介護 ウ 短期入所生活介護			
	エ 訪問介護			
	オ 訪問介護(特別地域加算適用に伴う増額分)			
利用者負担額 軽減申請理由				
世帯構成	氏名	生年月日	性別	個人番号
世帯主				
世帯員				

北上市長 様

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の申請をします。

年 月 日

住所

申請者

氏名

なお、決定に必要な課税等の状況について、税務担当課に照会することに同意します。

氏名

Ⓜ

※市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

様式第4号(第4関係)

収入等申告書

(単位 円)

区 分		内 容	金額(年額)	審 査
収入 A	恩給、年金等収入	(年金)		
		(年金)		
	給与収入			
	その他の収入(仕送り等)			
計				
必要経費 B	所得税等の租税	所得税		
		固定資産税		
	医療費			
	社会保険料	健康保険料等		
		国保税		
		介護保険料		
その他	(具体的に)			
計				
差引額 A-B				

* 収入金額を証明できるもの(源泉徴収票等)を添付すること。

(単位 円)

預金等について	金 額	審 査
銀行、信用金庫、農協等への預貯金額(世帯の合計)		

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か	<input type="checkbox"/> 所有していない	(具体的に)
	<input type="checkbox"/> 所有している	

負担能力のある親族等に扶養されていないか	<input type="checkbox"/> 扶養されていない	<input type="checkbox"/> 市町村民税の控除対象者 <input type="checkbox"/> 医療保険の被扶養者
	<input type="checkbox"/> 扶養されている	

介護保険料を滞納していないか	<input type="checkbox"/> 滞納していない
	<input type="checkbox"/> 滞納している

上記のとおり、事実と相違なく申告します。

氏名 印

様式第5号(第4関係)

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

年 月 日

様

北上市長



年 月 日付けで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、次のとおり確認しましたので通知します。

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

確認事項			
1 承認 する	適用年月日	年 月 日	(承認内容)
	有効期限	年 月 日	
2 承認 しない	理由		

社会福祉法人による利用者負担軽減(生計困難者に対する軽減)制度確認者名簿

(軽減決定年月日 年 月 日)

(軽減適用年月日 年 月 日)

社会福祉法人名		連絡担当者 職・氏 名		電話番号	— —
				FAX番号	— —

確認番号	フリガナ 被保険者氏名 (利用者氏名)	被保険者番号	生年月日	性別	住所	軽減実施該当項目		訪問介護に係る特別 地域加算の適用の有 無	訪問介護に係る7%軽 減適用の有無
						高齢福 祉年金	対象要件を 満たす者		
								有・無	有・無
軽減に係る介護保険サ ービスの種類	軽減実施事業所名	介護報酬に係る割引率設 定の県への届出の有無及び 割引率	軽減の対象とする利用者負担の種類			社会福祉法人が実施 する軽減の程度 (軽減申請に対する決 定内容)	左のうち、北上市が助 成の対象とする軽減 の程度		
		有(/100) ・ 無	・ 介護費負担 ・ 食費負担 ・ 居住費等負担				ア 左に同じ イ その他 ()		
		有(/100) ・ 無	・ 介護費負担 ・ 食費負担 ・ 居住費等負担				ア 左に同じ イ その他 ()		
		有(/100) ・ 無	・ 介護費負担 ・ 食費負担 ・ 居住費等負担				ア 左に同じ イ その他 ()		
		有(/100) ・ 無	・ 介護費負担 ・ 食費負担 ・ 居住費等負担				ア 左に同じ イ その他 ()		
		有(/100) ・ 無	・ 介護費負担 ・ 食費負担 ・ 居住費等負担				ア 左に同じ イ その他 ()		

様式第7号(第4関係)

(社会福祉法人→北上市)

社会福祉法人による利用者負担軽減実施状況総括表
 (「生計困難者に対する軽減制度」関係及び「特別地域加算に伴う利用者負担増への軽減制度」関係)

社会福祉法人名	連絡担当者 職・氏名	電話番号	—	—
		FAX番号	—	—

確認番号	フリガナ 被保険者氏名 (利用者氏名)	被保険者番号	生年月日	性別	生計困難者に対する軽減制度に係る軽減額 (介護サービスの種類ごとに記入)				特別地域加算に伴う利用者負担増への軽減制度に係る軽減金額(訪問介護のみ)
					円	円	円	円	
					円	円	円	円	円
					円	円	円	円	円
					円	円	円	円	円
					円	円	円	円	円
					円	円	円	円	円
					円	円	円	円	円
					円	円	円	円	円
					円	円	円	円	円
計					円	円	円	円	円

備考 当該表は、軽減実施月の翌月20日までに、北上市に送付すること。

様式第8号(第4関係)
 (その1)
 (介護老人福祉施設用)

(社会福祉法人→北上市)

社会福祉法人による利用者負担軽減(生計困難者に対する軽減)実施管理個表

(軽減決定年月日 年 月 日)

(軽減適用年月日 年 月 日)

社会福祉法人名		連絡担当者 職・氏名		電話番号	— —
				FAX番号	— —

確認番号	軽減実施事業所名			軽減実施該当項目		入所区分
フリガナ 被保険者氏名 (利用者氏名)	被保険者番号	生年月日	性別	住所	高齢福祉 年金	対象要件を 満たす者
						※いずれかに○を付すこと。 旧措置入所者・その他入所者
利用者負担の種類	軽減前の利用者負担月額 (軽減対象分のみ) A	軽減の程度 (軽減率) B	北上市助成の対 象となる軽減の 程度(軽減率)	軽減額 C(A×B) ※円未満切り捨て	うち北上市助成の対 象となる軽減額	軽減後の利用者負担額 A-C
介護費負担(保険分)	円			円	円	円
食費負担	円			円	円	円
居住費等負担	円			円	円	円
計	円			円	円	円
軽減 に係る 積算 内訳	※ 軽減前の食費負担の積算内訳 ()円/日×()日=月額()円 又は 月額()円 (旧措置入所者に係る法施行時の費用徴収)					
	※ 軽減前の居住費負担の積算内訳 ()円/日×()日=月額()円 又は 月額()円					

(その2)

(社会福祉法人→北上市)

社会福祉法人による利用者負担軽減(生計困難者に対する軽減)実施管理個表

(軽減決定年月日 年 月 日)

(軽減適用年月日 年 月 日)

社会福祉法人名		連絡担当者 職・氏 名		電話番号	— —
				FAX番号	— —

確認番号	フリガナ 被保険者氏名 (利用者氏名)	被保険者番号	生年月日	性別	住 所	軽減実施該当項目 老齢福祉 年金	対象要件を 満たす者	訪問介護に係る 特別地域加算の 適用の有無	訪問介護に係る7%軽 減適用の有無
								有 ・ 無	有 ・ 無
軽減に係る介 護保険サービ スの種類	軽減実施事業所名	利用者負担の種類	軽減前の利用者負担 月額(軽減対象分の み) A	軽減の程度 (軽減率) B	北上市助成の 対象となる軽 減の程度	軽 減 額 C(A×B) ※円未満切り捨て	うち北上市助成の対象 となる軽減額	軽減後の利用者負担 額 A-C	
		介護費負担(保険分)	円			円	円	円	
		食 費 負 担	円			円	円	円	
		居 住 費 等 負 担	円			円	円	円	
		計	円			円	円	円	
		介護費負担(保険分)	円			円	円	円	
		食 費 負 担	円			円	円	円	
		居 住 費 等 負 担	円			円	円	円	
		計	円			円	円	円	
		計	円			円	円	円	
軽 減 前 の 負 担 積 算	区 分	利用者負担の種類	単 価 D	数 量(日数、回数) E	軽減前の負担 F(D×E)		うち北上市助成の対象となる 利用者負担額		
		食 費				円	円		
		居 住 費 等							

様式第1号（第4関係）

（平19告示15・全改）

様式第2号（第4関係）

（平19告示15・全改、平24告示甲35・一部改正）

様式第3号（第4関係）

（平17告示66・全改、平24告示甲35・平27告示甲45・一部改正）

様式第4号（第4関係）

（平17告示66・全改）

様式第5号（第4関係）

（平17告示66・全改）

様式第6号（第4関係）

（平19告示15・全改）

様式第7号（第4関係）

（平19告示15・全改）

様式第8号（第4関係）

（平19告示15・全改）