

下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、低所得で生計を維持することが困難である者及び生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者（生活に困窮する外国人に対する生活保護の措置について（昭和29年5月8日社発第382号厚生省社会局長通知）により保護した外国人を含む。以下「生活保護受給者」という。）又は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を受ける者（以下「特定中国残留邦人等支援受給者」という。）に対して行う、社会福祉法人等が行う介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減措置の事業（以下「本事業」という。）及び本事業に係る補助金（以下「補助金」という。）の交付について必要な事項を定めるものとする。

(本事業の対象となる費用)

第2条 本事業の対象となる費用は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく次に掲げる介護保険サービス（以下「介護サービス」という。）に係る利用者負担額（食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に係る利用者負担額を含む。以下同じ。）とする。

- (1) 訪問介護
- (2) 通所介護
- (3) 短期入所生活介護
- (4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (5) 夜間対応型訪問介護
- (6) 地域密着型通所介護
- (7) 認知症対応型通所介護
- (8) 小規模多機能型居宅介護
- (9) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- (10) 複合型サービス
- (11) 介護福祉施設サービス

- (12) 介護予防短期入所生活介護
- (13) 介護予防認知症対応型通所介護
- (14) 介護予防小規模多機能型居宅介護
- (15) 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。）
- (16) 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。）

（申出）

第3条 社会福祉法人等は、介護サービスに係る利用者負担額の軽減（以下「軽減」という。）を行おうとするときは、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）（様式第1号）を山口県知事及び市長に提出しなければならない。

（軽減の対象者）

第4条 軽減の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者で、その者の収入、世帯の状況、介護サービスに係る利用者負担額等を総合的に勘案して生計を維持することが困難な者として市長が認めたもの（以下「生計困難者」という。）、生活保護受給者及び特定中国残留邦人等支援受給者とする。ただし、旧措置入所者（法の施行日前に老人福祉法（昭和38年法律第133号）の規定に基づく市町村の措置により特別養護老人ホームに入所していた者をいう。）で、第2条第11号に掲げる介護サービスに係る利用者負担額（ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額を除く。）の割合が5パーセント以下のものについては、軽減の対象としない。

- (1) 市町村民税が非課税の世帯であること。
- (2) 1年間の収入が単身世帯で150万円（世帯員が1人増えるごとに50万円加算した額）以下であること。
- (3) 預貯金等（預貯金、現金、有価証券、投資信託等で資産性があり、換金性が高く、価格評価が容易なもの。以下同じ。）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。
- (4) 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。
- (5) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

(6) 介護保険料を滞納していないこと。

(軽減の認定)

第5条 軽減の認定を受けようとする対象者は、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制度）（様式第2号）を市長に提出しなければならない。

2 前項の場合においては、次の各号に掲げる者の区分に応じ、当該各号に定める書類その他市長が必要と認める書類を添付するものとする。

(1) 生計困難者 預貯金等の額を確認できる書類の写し

(2) 生活保護受給者 生活保護受給者証の写し

(3) 特定中国残留邦人等支援受給者 特定中国残留邦人等であることが分かる本人確認証の写し

3 市長は、第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、及び必要に応じて調査等を行い、適当であると認めるときは、軽減の認定をするものとする。

4 市長は、前項の規定により軽減の認定をしたときは、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）（様式第3号）により、当該申請をした者に通知するものとする。

5 前項の場合において、市長は、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）（様式第4号又は様式第5号。以下「確認証」という。）を、当該通知を受けた者に交付するものとする。

6 市長は、第3項の規定による審査により、軽減の認定が適当でないと認めるときは、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制度）（様式第3号）にその理由を記して、当該申請をした者に通知するものとする。

7 市長は、社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証交付者名簿を備え、確認証の交付状況を記録するものとする。

8 市長は、第3条の規定による申出を行った社会福祉法人等（以下「関係法人」という。）に対して、確認証を交付した者の情報を提供するものとする。

(確認証の有効期間等)

第6条 確認証は、前条第1項の規定による申請（次項において「申請」という。）のあった日の属する月の初日から有効とする。

2 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31日（申請のあった日が4月1日から7月31日までの間の日である場合は、申請のあった日の属する年度の7月31日）とする。

3 確認証の交付を受けた者が、次のいずれかに該当するに至ったときは、速やかに確認証を市長に返還しなければならない。

(1) 第4条各号のいずれかに該当しなくなったとき、又は生活保護受給者若しくは特定中国残留邦人等支援受給者でなくなったとき。

(2) 確認証の有効期限に至ったとき。

(確認証の再交付の申請)

第7条 確認証の交付を受けた者は、確認証を破損し、汚損し、又は亡失したときは、速やかに次に掲げる事項を記載した申請書を市長に提出して、その再交付を受けなければならない。

(1) 氏名、性別、生年月日及び住所

(2) 確認証の再交付が必要な理由

(3) 破損し、又は汚損した確認証（亡失したときを除く。）

2 前項の規定により確認証の再交付を受けた者は、亡失した確認証を発見したときは、速やかに発見した確認証を市長に返還しなければならない。

(軽減の方法)

第8条 関係法人は、介護サービスの利用者が提示する確認証の内容に基づき、軽減を行うものとする。

2 軽減の程度は、対象者が次の各号に掲げる場合に依り、当該各号に定めるとおりとする。

(1) 生活保護受給者又は特定中国残留邦人等支援受給者である場合 介護サービスに係る利用者負担額のうち、個室の居住費（滞在費）に係る費用の全額

(2) 法の規定に基づく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（以下「特定入所者介護サービス費等」という。）の支給を受けられない場合 介護サービスに係る利用者負担額のうち、第2条第3号、第9号、第11号及び第12号に掲げる介護サービスに係る食費及び居住費（滞在費）を除いた額

(3) 前2号以外の場合 介護サービスに係る利用者負担額の4分の1（対象者が老齢福祉年金受給者である場合は2分の1）の額

- 3 関係法人は、確認証の交付を受けた者の介護サービスに係る利用者負担額を既に受領している場合は、その者に対し軽減分の返還を行うものとする。
- 4 関係法人は、前項の規定により返還を行った場合は、返還を行ったことについての証拠書類等を備えなければならない。
- 5 関係法人は、社会福祉法人等利用者負担軽減管理台帳を備え、軽減を行った対象者、軽減の額等を管理するものとする。

(補助金の交付の対象)

第9条 市長は、軽減を行った関係法人に対して、補助金を交付するものとする。

- 2 補助金の額は、関係法人による軽減が行われた場合に、当該軽減の総額（下関市を保険者とする利用者負担額に係るものに限る。以下同じ。）から関係法人が本来受領すべき利用者負担収入（軽減の対象となるものに限る。以下同じ。）の1パーセントの額（小数点以下は切り捨てる。）を控除した額の2分の1の額（小数点以下は切り捨てる。）とする。ただし、第2条第9号及び第11号に掲げる介護サービスにあっては、当該軽減の総額のうち、当該施設の運営に関し本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が10パーセントを超える部分について全額を補助金の交付の対象とするものとする。
- 3 補助金の額の算定は、第2条各号に掲げる介護サービスごとに行うものとする。
- 4 第1項の規定にかかわらず、自らの財政状況を踏まえて自主的に本事業を実施することが可能である旨を市長に申し出た関係法人は、補助金の交付を受けることなく本事業を実施することができるものとする。ただし、この場合においても、本事業の実施方法は、第2条から前条までに定めるとおりとする。

(補助金の交付の申請)

第10条 補助金の交付を申請しようとする関係法人は、介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）交付申請書（様式第6号）に次に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 事業計画書
- (2) その他市長が必要と認める書類

(補助金の交付の決定)

第11条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、及び

必要に応じて調査等を行い、補助金を交付すべきものと認めるときは、予算の範囲内において補助金の交付を決定するものとする。

(補助金の交付の条件)

第12条 市長は、前条の規定により補助金の交付を決定する場合において、当該補助金の交付の目的を達成するために必要があると認めるときは、条件を付することができる。

(補助金の決定の通知)

第13条 市長は、第11条の規定により補助金の交付を決定したときは、介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）交付決定通知書（様式第7号）により、当該申請をした関係法人に通知するものとする。

2 市長は、第11条の規定による審査により、補助金の交付が適当でないと認めるときは、補助金を交付しない旨を当該申請をした関係法人に通知するものとする。

(補助金の申請の取下げ)

第14条 関係法人は、前条第1項の規定による通知を受けた後に補助金の交付の対象となった本事業（以下「補助対象事業」という。）を中止し、又は廃止しようとするときは、書面により補助金の交付の申請を取り下げることができる。

2 前項の規定により申請が取り下げられたときは、当該申請に係る補助金の交付の決定はなかったものとみなす。

(補助対象事業の変更に係る承認の申請等)

第15条 関係法人は、補助対象事業の内容を変更しようとするときは、あらかじめ当該変更に係る申請書を市長に提出して、その承認を受けなければならない。ただし、市長が当該変更を軽微な変更と認めるときは、この限りではない。

2 関係法人は、補助対象事業の遂行が困難となったときは、遅滞なく、その理由及び当該補助対象事業の遂行の状況を記載した書類を市長に提出して、その指示を受けなければならない。

3 市長は、第1項の申請書又は前項の書類の提出を受けた場合には、補助金の交付の決定を取り消し、又はその決定の内容若しくはこれに付した条件を変更することができる。

4 前項の場合においては、第13条の規定を準用する。

(補助金の実績の報告)

第16条 関係法人は、補助対象事業が完了したときは、その完了の日から起算して20日を経過した日又は当該補助対象事業を実施した年度の3月31日のいずれか早い日までに、介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）実績報告書（様式第8号）に次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

(1) 補助対象事業の成果を記載した書類

(2) その他市長が必要と認める書類

(補助金の額の確定)

第17条 市長は、前条の規定による報告があった場合は、その内容を審査し、及び必要に応じて調査等を行い、補助対象事業が適切に実施されたと認めるときは、補助金の額を確定するとともに、介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）交付確定書（様式第9号）により当該報告をした関係法人に通知するものとする。

(補助金の交付の請求)

第18条 前条の規定による通知を受けた関係法人は、補助金の交付を受けようとするときは、介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）請求書（様式第10号）を市長に提出しなければならない。

(補助金の交付)

第19条 市長は、前条の規定により請求を受けた場合において、これを審査し、適当であると認めるときは、関係法人に当該請求額を交付するものとする。

(関係書類の整備)

第20条 関係法人は、補助対象事業の施行状況及び経費の収支に関する帳簿その他関係書類（市長が別に指示する書類を含む。以下同じ。）を整備し、補助対象事業の完了した日の属する会計年度の翌年度の初日から起算して5年間これを保管しなければならない。

(補助金の交付の決定の取消し等)

第21条 市長は、関係法人が次の各号のいずれかに該当するときは、補助対象事業に係る補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたとき。
- (2) 補助金の交付の決定の内容若しくはこれに付した条件に違反したとき、又は市長の指示に従わなかったとき。
- (3) この要綱に違反したとき。
- (4) 不適当な方法で補助対象事業が実施されているとき。
- (5) その他市長が補助金を交付することが適当でないとしたとき。

2 市長は、前項の規定により補助金の交付の決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分に関し、既に補助金を交付しているときは、関係法人に対し期限を定めてその返還を命ずる。

3 前2項の規定は、第17条の規定による補助金の額の確定があった後においても適用する。

(質問、報告、指示等)

第22条 市長は、必要があると認めるときは、関係法人に対し質問をし、報告を求め、若しくは本事業の実施に関し必要な指示をし、又は第20条の帳簿その他関係書類について検査をすることができる。

(他施策との関係)

第23条 下関市訪問介護利用者負担額減額要綱（平成17年2月13日制定）に基づく軽減措置については、本事業に基づく軽減措置に優先して適用を行うものとする。

2 法の規定に基づく高額介護サービス費、高額介護予防サービス費、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（以下「高額介護サービス費等」という。）については、本事業に基づく軽減措置の適用後の利用者負担額について高額介護サービス費等の支給を行うものとする。この場合において、第2条第4号、第8号、第9号、第10号及び第11号に掲げる介護サービスを利用する利用者負担第2段階の者の施設サービスに係る利用者負担額については、高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費との適用関係により、軽減の対象としないことができる。

3 特定入所者介護サービス費等については、当該特定入所者介護サービス費等の支給後の利用者負担額について、本事業の軽減措置の適用を行うものとする。

4 平成25年8月1日、平成26年4月1日、平成27年4月1日、平成30年1



0月1日、令和元年10月1日又は令和2年10月1日施行の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部改正に伴い生活保護が廃止されたものであって、当該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サービス費等の支給により居住費の負担がなかった者のうち、引き続き第4条各号のいずれにも該当する者については、軽減の程度を居住費（滞在費）以外に係る利用者負担額にあつては4分の1（老齢福祉年金受給者等は2分の1）とし、居住費（滞在費）にかかる利用者負担額にあつては全額とすることができる。

（その他）

第24条 この要綱の運用に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。  
（経過措置）
- 2 この要綱による改正前の社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置実施要綱の規定により交付を決定した補助金については、なお従前の例による。
- 3 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業実施要綱第1号様式から第6号までによる用紙で、現に残存するものは、なお使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和元年10月1日から施行する。  
（経過措置）
- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業実施要綱第2号様式による用紙で、現に残存するものは、なお使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年2月12日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、なお使用することができる。



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制度)

|  |                                    |  |   |   |   |
|--|------------------------------------|--|---|---|---|
| フリガナ   |                                    | 被保険者氏名   |   | 被保険者番号  |   |
| 生年月日   |                                    | 年 月 日  |   | 性別 男 ・ 女  |   |
| 住所   |                                    | 〒 電話番号   |   |   |   |
| 利用者負担軽減申請理由  |                                    | 1 生計が困難である<br>2 生活保護受給者又は支援給付を受けている特定中国残留邦人等である<br>(収入等申告欄の記入は不要です。)<br>3 その他( ) |   |   |   |
| 収入等申告<br>(年額)  | 氏名                                 | 被保険者氏名   | 世帯員氏名<br>生年月日   | 世帯員氏名<br>生年月日   | 世帯員氏名<br>生年月日   |
|  | 収入の有無                              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|  | 年金収入                               | 収入額  | 収入額   | 収入額   | 収入額   |
|  | ※非課税年金収入を含む                        | 収入額  | 収入額   | 収入額   | 収入額   |
|  | 恩給収入                               |  |   |   |   |
|  | 給与収入                               |  |   |   |   |
|  | 事業収入等                              |  |   |   |   |
|  | 仕送り等                               | 仕送りの氏名<br>収入額  | 仕送りの氏名<br>収入額   | 仕送りの氏名<br>収入額   | 仕送りの氏名<br>収入額   |
|  | その他<br>各種保険金<br>利子・配当金等            |  |   |   |   |
|  | 収入合計                               |  |   |   |   |
|  | 預貯金等                               |  |   |   |   |
|  | 預貯金等合計                             |  |   |   |   |
|  | 居住の用に供する家屋等日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産 | 有 ・ 無  | 有 ・ 無   | 有 ・ 無   | 有 ・ 無   |
|  | 負担能力のある親族等による扶養(税法上の扶養親族)          | 有 ・ 無  | 左記「有」の場合、扶養者の氏名                                       |   |   |
| 負担能力のある親族等による扶養(医療保険の被保険者)   | 有 ・ 無                              | 左記「有」の場合、扶養者の氏名  |   |   |   |
| (宛先) 下関市長<br>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。<br>また、社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象要件確認のため、私の世帯及び親族等の課税、扶養状況等を調査することに同意します。<br>年 月 日<br>住所<br>申請者<br>(被保険者) 氏名<br>住所<br>代理申請者 氏名<br>電話番号<br>(続柄: ) |                                    |  |   |   |   |

※下関市記入欄

|          |   |   |   |  |
|----------|---|---|---|--|
| 要介護認定    |   | 要介護・要支援・事業対象者・未   | 介護保険料滞納の有無  | 有・無  |
| 生活保護受給状況 |   | 有・無・申請中   | 実質的負担軽減者  | 該当・非該当   |
| 課税状況     |   | 有・無   | 負担限度額   | 該当・非該当   |
| 収入状況     | 世帯年収  | 円   | 申請結果  | 該当・非該当   |
|          | 預貯金等  | 円   | 減額割合  | 25・50・100/100  |
| 基準以下・基準超 |   |   | 備考  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・2段階特養など利用者負担除外</li> <li>・実質的負担軽減者 ユニット型個室居住費のみ</li> <li>・生活保護受給者 居住費のみ</li> <li>・上記以外</li> </ul> |
| 活用資産の有無  | 有・無   |   |   |  |
| 被扶養の有無   | 有・無   |   |   |  |
| 提出       | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送 |   |   |  |
| 代理権の確認   | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )              |   | 写<br>写<br>元<br>無<br>付<br>は<br>は<br>認<br>2<br>1<br>点 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード  |
| 起案       | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳                                      |   |  |
| 決裁       | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 |   |  |
| 交付年月日    | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証                                 |   |  |
| 有効期限     | 年 月 日～年 月 日   | <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療保険者証                             |   |  |
|          |   | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証                                     | <input type="checkbox"/> その他( )                     |  |

〒 -

様

下関市長



社会福祉法人等利用者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制度)

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<br>認定する  | 適用年月日            年    月    日    (認定内容)<br>有効期限              年    月    日<br>確認番号 |
| 2<br>認定しない | 理 由   |

問合せ先

住 所  
電話番号

第4号様式 (第5条関係)

(表 面)

| 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証<br>(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  |   |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |
| 住所  |   |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |   |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |
| 氏名  |   |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日  | 年   | 月     | 日 | 性別  |   |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号                                  |   |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |
| 適用年月日                                       | 年   | 月     | 日 | 日から |   |  |  |  |  |  |  |
| 有効期限  | 年   | 月     | 日 | 日まで |   |  |  |  |  |  |  |
| 軽減割合  |   |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |
| 発行機関名<br>及び印                                | <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |       |   |     |   |  |  |  |  |  |  |

(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。
- 二 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、夜間対応型訪問介護、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、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、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、地域密着型通所介護、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、前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つたとき、軽減措置の要件に該当しなくなつたとき、又は軽減確認証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。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つたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村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。

様式第5号 (第5条関係)

(表面)

|   |   |       |     |         |   |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-------|-----|---------|---|--|--|--|--|--|--|
| 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証<br>(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  | 年   | 月     | 日   | 性別      |   |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設番号                                    |   |       |     |         |   |  |  |  |  |  |  |
| 適用年月日                                       | 年   | 月     | 日から | 年       | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 有効期限  | 年   | 月     | 日まで | 年       | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 軽減割合  | (居住費・滞在費のみ)   |       |     | 100/100 |   |  |  |  |  |  |  |
| 発行機関名<br>及び印                                | <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> |       |     |         |   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |       |     |         |   |  |  |  |  |  |  |

(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。
- 二 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、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、介護予防短期入所生活介護です。
- 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、この証を市町村に返してください。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、市町村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。



年 月 日

(宛先) 下関市長

申請者 所在地  
名 称  
代表者の職・氏名  
電話番号

介護保険事業費補助金(下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する  
介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業) 交付申請書

このことについて、下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業実施要綱の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- |   |         |    |
|---|---------|----|
| 1 | 補助年度    | 年度 |
| 2 | 補助申請額 金 | 円  |

第 号  
年 月 日

様

下関市長



介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました、介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）（ 年度）については、次の条件を付けて金 円を交付します。

- 1 この補助金の交付対象となる事業（以下「事業」という。）は、 年 月 日付け介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）交付申請書記載のとおりのものであること。
- 2 当該事業に係る関係書類を整備し、これを事業完了後5年間保管しておかなければならないものであること。
- 3 当該事業に係る実績報告は、事業完了日から起算して20日を経過した日又は事業を実施した年度の3月31日までのいずれか早い日までに行うこと。

（宛先） 下関市長

申請者 所在地  
名 称  
代表者の職・氏名  
電話番号

介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）実績報告書

このことについて、下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業実施要綱の規定により、別紙のとおり関係書類を添えて報告します。

第 号  
年 月 日

様

下関市長



介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）交付確定書

年 月 日付けで実績報告のあった介護保険事業費補助金（下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業）については、下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業実施要綱の規定により、金 円を交付することに確定したので通知します。

年 月 日

(宛先) 下関市長

申請者 所在地  
名 称  
代表者の職・氏名  
電話番号

介護保険事業費補助金(下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業)請求書

年 月 日付け 第 号で交付確定がありました介護保険事業費補助金(下関市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業)について、金 円を請求します。

振込先

|           |              |    |
|-----------|--------------|----|
| 金融機関名     | 銀行           | 本店 |
|           | 金庫           | 支店 |
|           | 組合           | 支所 |
| 預金種別      | 普通・当座・その他( ) |    |
| 口座番号      |              |    |
| 口座名義人(カタ) |              |    |

(注意)

※ 口座名義は、交付決定者(申請者)と同一人としてください。