

○五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金
交付要綱

平成25年11月1日

告示第64号

改正 平成27年12月28日告示第93号

(目的)

第1条 この告示は、社会福祉法人がその社会的役割の下に行う低所得で生計が困難である者(以下「生計困難者」という。)及び生活保護法(昭和25年法律第144号)に規定する扶助を受けている者(以下「生活保護受給者」という。)に係る介護保険サービスの利用者負担額の軽減制度に対し、助成金を交付することにより、介護保険サービスの利用促進を図り、もって保健福祉の向上に資することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付の対象となる者(以下「助成対象者」という。)は、介護保険サービスの利用者から受領する利用者負担額(介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)法第40条第11号に規定する高額介護サービス費及び同条第11号の2に規定する高額医療合算介護サービス費並びに第52条第9号の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費を控除した額。以下「利用者負担額」という。)の軽減を行うことについて、法人所轄庁である都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長(法人所轄庁が厚生労働大臣である場合は、主たる事務所が所在する都道府県の知事)及び法人所在地の市町村長に対して、その旨の申出を行っている社会福祉法人とする。

2 前項の申出を行う助成対象者は、五霞町社会福祉法人による利用者負担額軽減制度開始申出書(様式第1号)を町長に提出するものとする。

(対象サービス等)

第3条 助成金の交付の対象となる介護保険サービス(以下「対象サービス」という。)は、法に規定する介護保険サービスのうち、次に掲げるものとする。ただし、生活保護受給者については、第3号、第7号、第8号及び第11号の介護保険サービスに限る。

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

2 助成金の交付対象となる利用者負担額(以下「対象負担額」という。)は、次に掲げる費用とする。ただし、生活保護受給者については、第3号の費用のうち個室の居住費に係る利用者負担額の全額を助成の対象とする。

- (1) 介護費負担費(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号)に定める費用から当該費用に保険給付率を乗じて得た額を控除して得た額をいう。)
- (2) 前項第3号、第7号、第8号及び第11号の施設サービスにおける食費
- (3) 前項第3号、第7号、第8号及び第11号の施設サービスにおける居住費
(軽減対象者)

第4条 対象サービスに係る利用者負担額軽減制度の対象者(以下「軽減対象者」という。)は、町の介護保険において現に要介護認定又は要支援認定を受けている者のうち、世帯全員(指定介護老人福祉施設入所者にあつては、本人)の現年度(申請日の属する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度)の市町村民税が非課税世帯(以下「市町村民税非課税世帯」という。)の者で、かつ、次の各号の全てに該当する者うちからその者の収入、世帯の状況、負担すべき利用料等を総合的に勘案して町長が生計困難者であると認める者及び生活保護受給者とする。ただし、法に規定する旧措置入所者で利用者負担割合が5パーセント以下のものを除く。

- (1) その者の世帯の年間収入が単身で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の者(所得税法(昭和40年法律第33号)の規定による扶養控除(当該要介護被保険者等を扶養親族とするものに限る。)を受けている者を含む。)
- (2) その者の世帯の預貯金、有価証券及び債権の額が単身で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者
- (3) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない者
- (4) 利用者負担額を負担する能力のある親族その他の者に扶養されていない者
- (5) 介護保険料を滞納していない者
(軽減の額)

第5条 対象負担額は、次の各号に該当する者について、当該各号に定める額を軽減する。ただし、生活保護受給者については、利用者負担額の全額を免除する。

- (1) 前条の規定に該当し、かつ、老齢福祉年金受給者又は軽減額を2分の1とすれば生活保護を必要としない状態となる者 2分の1の額
- (2) 前条の規定に該当し、かつ、前号の規定に該当しない者 4分の1の額
(確認証の申請)

第6条 対象負担額の減額をしようとする軽減対象者(以下「申請者」という。)は、五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減対象確認申請書(様式第2号。以下「申請書」という。)に源泉徴収票その他収入状況の分かる書類を添えて町長に申請しなければならない。

- 2 町長は、前項に規定する申請を受けたときは、その可否について審査し、五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減対象可否決定通知書(様式第3号)により速やかに申請者に通知するものとする。
- 3 町長は、前項の規定により軽減対象の決定をしたときは、五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減対象確認証(様式第4号。以下「確認

証」という。)を申請者に交付するものとする。

4 前項の規定により確認証の交付を受けた者は、対象サービスを利用するに当たっては、当該対象サービスを提供する社会福祉法人に確認証を提示し、利用者負担額から軽減額を控除した額を社会福祉法人に支払うものとする。

5 助成対象者は、第2項の規定により軽減対象の決定を受けた者に対し、確認証の内容に基づき利用者負担額の軽減を行うものとする。

(確認証の有効期限)

第7条 確認証の有効期限は、前条第1項に規定する申請の日の属する月の初日(確認証の有効期限内に同項の規定による申請を行った者については、当該確認証の有効期限満了月の翌月の初日)から申請のあった日の属する年度の翌年度の6月30日までとする。ただし、申請のあった月が4月、5月又は6月であるときは、当該年度の6月30日までとする。

(確認証の更新)

第8条 確認証の交付を受けた者は、有効期限の満了後においても引き続き軽減を受けようとする場合は、確認証の更新の申請を行うことができる。

2 前項の申請をしようとする者は、有効期限の満了日の14日前までに被保険者証及び確認証を添えて申請書を町長に提出しなければならない。

3 町長は、前項の申請に対し、確認証の更新の承認又は不承認を決定したときは、第6条第2項に規定する通知書により申請者に通知するものとする。

4 町長は、前項の規定により承認した場合は、確認証を交付するものとする。

(確認証の再交付)

第9条 確認証を紛失し、又は損傷した者は、確認証の再交付を申請することができる。

2 前項に規定する申請を行う者は、五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度確認証再交付申請書(様式第5号)により町長に申請しなければならない。この場合において、確認証を損傷したときは、損傷した確認証を添えるものとする。

3 町長は、前項の規定による申請が適当と認めるときは、速やかに確認証を再交付するものとする。

(確認証の記載事項の変更)

第10条 軽減対象者は、住所又は氏名を変更したときは、14日以内に五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度確認証記載事項変更届(様式第6号)に確認証を添えて町長に届け出なければならない。

(確認証の返還)

第11条 軽減対象者は、次の各号のいずれかの事由が発生したときは、遅滞なく確認証を町長に返還しなければならない。

(1) 町の被保険者でなくなったとき。

(2) 第4条に規定する軽減対象者の要件を満たさなくなったとき。

(3) その他確認証を必要としなくなったとき。

2 町長は、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きは、確認証を返還させるものとする。

(1) 確認証を他人に譲渡し、又は貸与したとき。

(2) 虚偽の届出を行う等不正な行為があったとき。

(助成金の額)

第12条 助成金の額は、毎年度算定するものとする。

2 助成を受けようとする助成対象者は、次に掲げる金額を居宅介護サービス及び施設介護サービスに区分しなければならない。

(1) 利用者負担額の見込額(以下「利用者負担額の総額」という。)

(2) 利用者のうち、第6条第4項の規定により控除した軽減額の総額の見込額(以下「五霞町軽減額」という。)

(3) 社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱(平成17年9月8日厚生労働省老健局長通知)に基づき他の市町村から軽減対象の決定を受けた者に対して軽減する額の総額の見込額(以下「他市町村軽減額」という。)

3 町長は、次の各号に掲げるサービスの区分に応じ、当該各号に定める額を算定する。

(1) 居宅介護サービス 五霞町軽減額に他市町村軽減額を加えた額(以下「総軽減額」という。)から利用者負担額の総額の100分の1の額を減じ、その額に五霞町軽減額が総軽減額に占める割合を乗じて得た額の2分の1の額

(2) 施設介護サービス 左欄の割合に応じ、それぞれ右欄に定める額

総軽減額が利用者負担額の総額に占める割合が利用者負担額の総額の100分の1を超え100分の10までのとき	総軽減額から利用者負担額の総額の100分の1を減じ、その額に五霞町軽減額が総軽減額に占める割合を乗じて得た額の2分の1の額
総軽減額が利用者負担額の総額に占める割合が利用者負担額の総額の100分の10を超えるとき	総軽減額のうち、利用者負担額の総額の100分の10を超えた額に五霞町軽減額が総軽減額に占める割合を乗じ、その額に利用者負担額の総額の100分の9の額に五霞町軽減額が総軽減額に占める割合を乗じた額の2分の1の額を加えた額

(助成申請)

第13条 前条に規定する助成を受けようとする助成対象者は、五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付申請書(様式第7号)に次に掲げる書類を添えて町長に申請しなければならない。

(1) 所要見込額調書総括表(様式第8号)

(2) 所要見込額調書個表(様式第9号及び様式第10号)

(3) 利用者負担収入見込額調書(様式第11号)

(4) 収支予算書抄本

(5) 五霞町社会福祉法人による利用者負担額軽減制度開始申出書の写し

(助成決定)

第14条 町長は、前条に規定する申請を受けたときは、その内容を審査し、助成の可否について五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付可否決定通知書(様式第12号)により当該申請者に通知するものとする。

(申請内容の変更)

第15条 助成金の交付を受けようとする助成対象者が第13条に規定する交付申請書及び添付書類の内容を変更するとき(同条に規定する収支予算書抄本における歳入及び歳出の20パーセント以内の増額変更をするとき除く。)は、速やかに五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金変更交付申請

書(様式第13号)に次に掲げる書類を添えて、町長に申請しなければならない。

- (1) 所要見込額調書総括表
 - (2) 所要見込額調書個票
 - (3) 利用者負担収入見込額調書
 - (4) 変更収支予算書抄本
- (実績報告)

第16条 前条の規定により助成金の交付決定を受けた社会福祉法人は、年度終了後速やかに五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金実績報告書(様式第14号)に次に掲げる書類を添えて、町長に報告しなければならない。

- (1) 事業実績報告書総括表(様式第15号)
 - (2) 所要見込額調書個票
 - (3) 利用者負担収入見込額調書
 - (4) 軽減状況調書(様式第16号及び様式第17号)
 - (5) 収支決算(見込)書抄本
- (助成金の確定)

第17条 町長は、前条の報告を受けたときは、その内容を審査し、助成額を確定するものとする。

- 2 町長は、助成額を確定したときは、その結果を五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付額確定通知書(様式第18号)により、当該交付決定者に通知するものとする。
- (助成金の請求)

第18条 第14条の規定による決定通知を受けた者(以下「交付決定者」という。)は、速やかに五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付請求書(様式第19号)を町長に提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の請求があったときは、速やかに当該助成金を交付するものとする。
- (報告、検査及び指示)

第19条 町長は、助成対象事業を行う社会福祉法人に対し、必要な事項について報告を求め、検査し、又は指示をすることができる。

(助成金の返還)

第20条 町長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の全部又は一部を返還させるものとする。

- (1) この告示に違反して助成金の交付を受けたとき。
- (2) 虚偽の申請その他不正な手段により交付決定を受けたとき。
- (3) その他町長が助成金の交付を適当でないと判断したとき。

(証拠書類の保存)

第21条 助成金の交付を受けた社会福祉法人は、当該助成金事業に係る関係書類を整備し、当該助成事業が完了した年度の翌年度から起算して5年間保存しなければならない。

(その他)

第22条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

附 則(平成27年告示第93号)
この告示は、平成28年1月1日から施行する。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 1 号(第 2 条関係)

年 月 日

五霞町長 様

届出者 所在地
名 称 ⑩
電話番号

五霞町社会福祉法人による利用者負担額軽減制度開始申出書

社会福祉法人による介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減を下記のと
おり実施するので申し出ます。

記

届 出 者	フリガナ				
	名 称				
	主たる事務所の 所 在 地				
	連 絡 先	電 話 番 号		ファクシ ミリ番号	
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名	
	代 表 者 の 住 所	(〒)			
社会福祉法人の 状 況	事 業 所 名	所 在 地		実施事業の種類	

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付要綱

様式第2号(第6条関係)

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減対象確認申請書(新規・更新)

フリガナ			確認番号	
被保険者氏名			被保険者番号	
個人番号				
生年月日	年	月	日生	性別 男・女
住所	〒 (電話番号)			
利用者負担額軽減申請理由				
	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				
世帯員				
五霞町長 様 上記のとおり社会福祉法人による介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減対象の申請をします。対象の確認に当たって、町が関係機関に対し、収入、預金残高等の対象確認に必要な調査を行うことに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏 名 印 電話番号				

町記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(1) 収入要件 (2) 預貯金等要件 (3) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無 (4) 負担能力のある親族の有無 (5) 被保護者
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

備考 添付書類は、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し、預金通帳の写しその他収入を証する書類(公簿等により確認することが可能である場合は、当該書類の省略可)とする。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 3 号(第 6 条関係)

第 号
年 月 日

申請者
様

五霞町長 印

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減
対象可否決定通知書

先に申請のありました五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負
担額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(承認内容)	
	有効期限	年	月	日	
	確認番号				
2 承認 しない	理 由				

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成 金交付要綱

様式第4号(第6条関係)

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス 利用者負担額軽減制度確認証				
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	男・女
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		
減 額 内 容 (減 額 率)				
発 行 機 関 名 及 び 印				

○証の大きさ

縦 128 ミリ

横 91 ミリ

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成 金交付要綱

注意事項

- 1 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を社会福祉法人に提出してください。
- 2 この確認証は、都道府県に申出のあった事業者のみ有効です。
- 3 対象となる介護保険サービスは、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、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、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及び複合型サービスに限ります。
- 4 前記のサービスを利用した際の介護費負担費、食費及び居住費（滞在費）がこの証の表面に記載されている減額内容（減額率）に応じて減額されます。
- 5 五霞町の介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額制度の要件に該当しなくなったとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この確認証を五霞町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 6 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14 日以内に、この証を添えて、五霞町にその旨を届け出てください。
- 7 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。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付要綱

様式第 5 号(第 9 条関係)

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス
利用者負担額軽減制度確認証再交付申請書

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
個人番号			
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号		

再交付申請の理由	1 紛失 2 損傷 3 その他 ()
五霞町長 様 上記のとおり五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減確認証の再交付を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏 名 ⑩ 電話番号	

※ この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付するとともに損傷した確認証があるときは添付すること。

町記入欄

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

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 6 号(第 10 条関係)

年 月 日

五霞町長 様

届出者

住 所

氏 名

㊞

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度
確認証記載事項変更届

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交
付要綱第 10 条の規定により，確認証の記載事項を変更したので，次のとおり届
け出ます。

住 所	新	〒
	旧	〒
フリガナ 氏 名	新	
	旧	

※ この変更届の提出に当たっては，被保険者証を提示するとともに確認証を
添付すること。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付要綱

様式第7号(第13条関係)

年 月 日

五霞町長

様

社会福祉法人

所在地

名 称

代表者

印

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度
助成金交付申請書

年度五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減
制度に係る助成金の交付をされたく関係書類を添えて申請します。

軽減開始年月日	年 月 日	
助成対象経費計算書 (軽減開始年月日以後の分で申請年度分のみ記載すること)	本来受領すべき利用者負担収入(総額) ①	円
	①に対する1%の額(①×0.01) ②	円
	①に対する5%の額(①×0.05) ③	円
	利用者負担額軽減総額(他市町村分含む。) ④	円
	利用者負担額軽減額(五霞町の対象者分) ⑤	円
	利用者負担額軽減総額の占める割合(④/①) ⑥	%
指定介護老人福祉施設に係る利用者負担額軽減を行った法人記載欄	5%超過分助成対象額(④-③)×(⑤/④) ⑦	
	ただし、0円以下の場合は0円とする。	円
	1%超過分助成対象額 ⑧ (③-②)×(⑤/④)×0.5	
	ただし、⑥が1%以下の場合は0円とする。	円
その他法人記載欄	申請額(⑦+⑧)	円
	1%超過分助成対象額 ⑨ (④-②)×(⑤/④)×0.5	円
	申請額(⑨)	円

添付書類

所要見込額調書総括表(様式第8号)

所要見込額調書個票(様式第9号及び様式第10号)

利用者負担収入見込額調書(様式第11号)

収支予算書抄本

軽減開始申出書等の写し

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 8 号（第 13 条，第 15 条関係）

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書）総括表

五霞町分

区分	施設名	
	補助所要額	
訪 問 介 護		円
通 所 介 護		円
短 期 入 所 生 活 介 護		円
介 護 福 祉 施 設 サ ー ビ ス		円
計		円

備考

変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載すること。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第9号(第13条, 第15条関係)

所要見込額調書(変更所要見込額調書, 所要額調書)個表

[訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・介護福祉施設サービス(年 月～ 年 月分)]

1 事業所全体の補助基本額		施設名			
本来受領すべき 利用者負担収入A	1%相当額 B (A×0.01)	軽減総額 C	補助対象額 D (C-B)	補助率 E	補助基本額 F(D×E)
円	円	円	円	1/2	円
2 市町村別補助所要額					
市町村名		市町村別軽減額 G		補助所要額 H(G/C×F)	
		円		円	
計		(=C)			

備考

- この様式は、対象サービスごと(事業所が複数ある場合は事業所ごと)に作成し、該当するサービスに○をつける。
- A欄は、様式第11号「利用者負担収入見込額調書(変更利用者負担収入見込額調書, 利用者負担収入額調書)」の該当するサービスの計欄の金額を、対象サービスごと(事業所が複数ある場合は事業所ごと)に記入する。
- B欄は、A欄に1%を乗じた額とする(円未満切捨て)。
- C欄は、軽減した利用者負担額(1割負担額, 標準負担額及び日常生活費)の総額を記入する。ただし、介護福祉施設サービス利用者のうち、旧措置入所者については日常生活費のみとし、1月を通じて利用している者については、高額介護サービス費の適用を行った後の額とする。
- D欄は、C欄からB欄を減じた額とする。
- F欄は、D欄に各市町村の助成率Eを乗じて得た額とする(円未満切捨て)。
- G欄は、C欄の軽減総額を市町村別に記入する。
- H欄は、補助基本額に市町村ごとの按分率(軽減総額に占める当該市町村軽減額の比率)を乗じた額とし、当該額を各市町村へ請求することとする(円未満切捨て)。
- 変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載する。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付要綱

様式第 10 号(第 13 条, 第 15 条関係)

所要見込額調書(変更所要見込額調書, 所要額調書)個表
〔介護福祉施設サービス(年 月～ 年 月分)〕

1 事業所全体の補助基本額						施設名	
本来受領すべき利用者負担収入A	1%相当額 B(A×0.01)	5%相当額 C(A×0.05)	軽減総額 D	全額公費分 E(D－C)	1/2公費分 F(D－B－E)	補助率 G	補助基本額 H(F×G＋E)
円	円	円	円	円	円	1/2	円

2 市町村別補助所要額		
市町村名	市町村別軽減額 I	補助所要額 J (I/D×H)
	円	円
計	(=D)	

- 備考
- 1 A欄は、様式第11号「利用者負担収入見込額調書(変更利用者負担収入見込額調書, 利用者負担収入額調書)」の介護福祉施設の計画の金額を、施設ごとに記入する。
 - 2 B欄は、A欄に1%を乗じた額とする(円未満切捨て)。
 - 3 C欄は、A欄に5%を乗じた額とする(円未満切捨て)。
 - 4 D欄は、軽減した利用者負担額(1割負担額, 標準負担額及び日常生活費)の総額を記入する。ただし、旧措置入所者については日常生活費のみとし、1月を通じて利用している者については、高額介護サービス費の適用を行った後の額とする。
 - 5 E欄は、D欄からC欄を減じた額とし、マイナスの場合は「0」と記入する。
 - 6 F欄は、D欄からB欄及びE欄を減じた額とする。
 - 7 H欄は、D欄に各市町村の助成率Gを乗じて得た額とする(円未満切捨て)。
 - 8 I欄は、D欄の軽減総額を市町村別に記入する。
 - 9 J欄は、補助基本額に市町村ごとの按分率(軽減総額に占める当該市町村軽減額の比率)を乗じた額とし、当該額を各市町村へ請求することとする(円未満切捨て)。
 - 10 変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載する。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付要綱

様式第 11 号(第 13 条, 第 15 条関係)
 利用者負担収入見込額調書(変更利用者負担収入見込額調書, 利用者負担収入額調書)
 (年 月～ 年 月分)

		施設名		
	1割負担額	標準負担額	日常生活費	計
	円	円	円	円
訪問介護				
通所介護				
短期入所生活介護				
介護福祉施設				
新規入所者分				
旧措置入所者分				

- 備考
- 1 本様式は、「本来受領すべき利用者負担収入」について、対象サービスごと(事業所(施設)が複数ある場合は事業所ごと)に作成する。
 - 2 軽減対象者を含む全ての利用者から受領する利用者負担収入見込額(1割負担額, 標準負担額及び日常生活費)を記入する。
 - 3 軽減対象者については、軽減する前の利用者負担収入見込額とする。
 - 4 訪問介護利用者負担助成要綱により「訪問介護利用者負担額軽減認定証」の交付を受けた者であって、当該要綱により助成を受けている場合は、当該助成相当額を控除した額とする。
 - 5 介護福祉施設サービス利用者のうち、旧措置入所者については日常生活費のみとし、1月を通じて利用している者については高額介護サービス費の適用を行った後の額とする。
 - 6 変更利用者負担収入見込額調書の場合は、変更前の収入見込額を上段に括弧書きし、変更後の収入見込額を下段に記載する。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 12 号（第 14 条関係）

第 号
年 月 日

様

五霞町長 印

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度
助成金交付可否決定通知書

年 月 日付けで申請のありました五霞町社会福祉法人による
介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付申請については、次のとお
り決定したので通知します。

交 付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
交 付 対 象 年 度	年度分		
交 付 金 額	円		
却下・軽減の理由			

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 13 号(第 15 条関係)

年 月 日

五霞町長 様

社会福祉法人

住 所

名 称

代表者名

㊤

電話番号

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度
助成金変更交付申請書

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の決定を受けた五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金を次のとおり変更交付申請します。

1 助成金の額

変更前	円
変更後	円
増減額	円

2 計画変更の理由

()

3 添付書類

- (1) 所要見込額調書総括表(様式第 8 号)
- (2) 所要見込額調書個表(様式第 9 号及び様式第 10 号)
- (3) 利用者負担収入見込額調書(様式第 11 号)
- (4) 変更収支予算書抄本

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付要綱

様式第 14 号(第 16 条関係)

年 月 日

五霞町長 様

社会福祉法人

所在地

名 称

代表者

印

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度
助成金実績報告書

年 月 日付け第 号にて助成金の交付決定を受けた五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度が完了したので、次のとおり関係書類を添えて報告します。

助成金の額 円

添付書類

事業実績書総括表（様式第 15 号）

所要見込額調書個票

利用者負担収入見込額調書

軽減状況調書（様式第 16 号及び様式第 17 号）

収支決算（見込）書抄本

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金交付要綱

様式第 15 号(第 16 条関係)

事業実績書 総括表

五霞町分

法人名()

区 分	補 助 所 要 額 A	補助金交付決定額 B	補助金受入済額 C	差 引 不 足 額(C－B)		備 考
				超過額 D	不足額 E	
訪 問 介 護	円	円	円	円	円	
通 所 介 護						
短 期 入 所 生 活 介 護						
介護福祉施設サービス						
計						

備考 差引過不足額欄については、D 欄に超過額を、E 欄に不足額をそれぞれ記入すること。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 16 号(第 16 条関係)

軽減状況調書〔訪問介護、通所介護、短期入所生活介護〕
(年 月分)

事業所名()

[illegible]

備考

- 1 本様式は事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつけることとする。
- 2 軽減対象者は、市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
- 3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に代えることができるものとする。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 17 号(第 16 条関係)

軽減状況調書〔介護福祉施設サービス〕

(年 月分)

施設名()

[illegible]

備考

- 1 この様式は事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつけることとする。
- 2 減額対象者は、市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
- 3 施設において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に代えることができるものとする。

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 18 号(第 17 条関係)

第 号
年 月 日

様

五霞町長 印

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度
助成金交付額確定通知書

年 月 日付け第 号にて交付決定を通知した五霞町社会
福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度に対する助成金につい
ては, 年 月 日付けの実績報告書に基づき, 次のとおり交付額
を確定したので通知します。

助成金交付 確 定 額	円
----------------	---

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 19 号(第 18 条関係)

年 月 日

五霞町長 様

社会福祉法人
所在地
名 称
代表者 ⑩

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度
助成金交付請求書

年 月 日付け第 号にて交付確定を受けた 年度社会
福祉法人等による利用者負担軽減に対する助成金について、次のとおり請求し
ます。

請求額	円
-----	---

次に指定する金融機関の口座へ振り込むことを依頼します。

金 融 機 関 名		支 店 名	
預 金 種 類	普通・当座・総合・その他	口 座 番 号	
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義			

添付書類

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成金
交付額確定通知書の写し

五霞町社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減制度助成
金交付要綱

様式第 1 号(第2条関係)
様式第 2 号(第6条関係)
様式第 3 号(第6条関係)
様式第 4 号(第6条関係)
様式第 5 号(第9条関係)
様式第 6 号(第10条関係)
様式第 7 号(第13条関係)
様式第 8 号(第13条, 第15条関係)
様式第 9 号(第13条, 第15条関係)
様式第 1 0 号(第13条, 第15条関係)
様式第 1 1 号(第13条, 第15条関係)
様式第 1 2 号(第14条関係)
様式第 1 3 号(第15条関係)
様式第 1 4 号(第16条関係)
様式第 1 5 号(第16条関係)
様式第 1 6 号(第16条関係)
様式第 1 7 号(第16条関係)
様式第 1 8 号(第17条関係)
様式第 1 9 号(第18条関係)