

大口町告示第132号

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一部を改正する要綱を次のように定める。

令和6年12月24日

大口町長 鈴木雅博

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一部を
改正する要綱

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17年大口町
告示第123号）の一部を次のように改正する。

様式第6中「懲役」を「拘禁刑」に改める。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、刑法等の一部を改正する法律（令和4年法律第67号）の施行の
日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱の施行前にした行為の処罰については、なお従前の例による。
- 3 この要綱の施行後にした行為に対して、他の要綱の規定によりなお従前の例に
よることとされ、なお効力を有することとされ、又は改正前若しくは廃止前の要
綱の規定の例によることとされる罰則を適用する場合において、当該罰則に定め
る刑に刑法等一部改正法第2条の規定による改正前の刑法（明治40年法律第4
5号。以下この項において「旧刑法」という。）第12条に規定する懲役（以下
「懲役」という。）（有期のものに限る。以下この項において同じ。）、旧刑法
第13条に規定する禁錮（以下「禁錮」という。）（有期のものに限る。以下こ
の項において同じ。）又は旧刑法第16条に規定する拘留（以下「旧拘留」とい
う。）が含まれるときは、当該刑のうち懲役又は禁錮はそれぞれその刑と長期及
び短期を同じくする有期拘禁刑と、旧拘留は長期及び短期を同じくする拘留とす
る。
- 4 拘禁刑又は拘留に処せられた者に係る他の要綱の規定によりなお従前の例によ
ることとされ、なお効力を有することとされ、又は改正前若しくは廃止前の要綱
の規定の例によることとされる人の資格に関する法令の規定の適用については、
無期拘禁刑に処せられた者は無期禁錮に処せられた者と、有期拘禁刑に処せられ
た者は刑期を同じくする有期禁錮に処せられた者と、拘留に処せられた者は刑期

を同じくする旧拘留に処せられた者とみなす。

- 5 この要綱の施行の際現に改正前の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により作成された諸様式は、所要の修正を加え、当分の間、使用することができる。

（表面）

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）					
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	
減額割合					
発行機関名及び印					

（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示してください。

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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、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、複合型サービス、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、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。）及び第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。）です。

三 この確認証は、都道府県及び市町村に軽減を行うことを申し出た事業者にのみ有効です。

四 前記のサービスを利用した場合、表面に記載した費用の本人負担分（日常生活に要する費用については、食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に限る。）が、記載の減額割合により軽減されます。

五 被保険者の資格がなくなったり、減額措置の要件に該当しなくなったりときは軽減認定証の有効期限に達したときは、遅滞なく、この証を大口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。

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、大口町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拘禁刑の処分を受けま

○ 証の大きさ
 縦 128ミリ
 横 91ミリ

（表面）

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）					
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	
減額割合					
発行機関名及び印					

（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示してください。

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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護予防施設入所者生活介護、複合型サービス、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、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。）及び第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。）です。

三 この確認証は、都道府県及び市町村に軽減を行うことを申し出た事業者にのみ有効です。

四 前記のサービスを利用した場合、表面に記載した費用の本人負担分（日常生活に要する費用については、食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に限る。）が、記載の減額割合により軽減されます。

五 被保険者の資格がなくなったり、減額措置の要件に該当しなくなったりときは軽減認定証の有効期限に達したときは、遅滞なく、この証を大口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。

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、大口町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