

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

(目的)

第1条 この要綱は、要介護被保険者等のうち生計困難と認められる者及び生活保護受給者（以下「軽減対象者」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「軽減法人等」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、軽減法人等が軽減対象者のサービス利用者負担の一部又は全部を軽減するものとし、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。

(定義)

第2条 この要綱において次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 要介護被保険者等 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に規定する要介護認定を受けた被保険者及び要支援認定を受けた被保険者をいう。
- (2) 市町村民税非課税世帯 当該年度（4月から5月においては前年度）における市町村民税が世帯主及び全ての世帯員について課されていないか免除されている世帯をいう。
- (3) 区分支給限度基準額 法第43条第1項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額をいう。
- (4) 介護予防区分支給限度基準額 法第55条第1項に規定する介護予防サービス費等区分支給限度基準額をいう。
- (5) 旧措置入所者 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をいう。
- (6) 利用者負担額 法に定める居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスに係る利用者負担額で別表に掲げる軽減対象利用者負担額をいう。
- (7) 食費 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第61条、第6

5条の3、第79条第84条及び第85条の3に規定する食事の提供に要する費用をいう。

(8) 居住費（滞在費） 介護保険法施行規則第61条、第65条の3、第79条及び第84条に規定する居住又は滞在に要する費用をいう。

(9) 宿泊費 介護保険法施行規則第65条の3及び第85条の3に規定する宿泊に関する費用をいう。

(対象者)

第3条 軽減対象者は、大口町が行う介護保険の要介護被保険者等（旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者を除く。ただし、旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者であってもユニット型の個室の居住費に係る利用者負担額については軽減の対象とする。）であって、市町村民税非課税世帯であって次の各号の要件の全てを満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者として町長が認めた者及び生活保護受給者とする。

(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) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

(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。

(軽減法人等)

第4条 第1条に規定する軽減法人等は次に掲げるものとする。

(1) 社会福祉法人であって当該事業に係る利用者負担の軽減を行うことを当該法人が介護保険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保険者たる町長に申し出たもの

(2) 社会福祉法人以外の法人であって、大口町の区域を通常の事業実施区域とする前号に規定する社会福祉法人の事業所又は施設が存在しない等のため、軽減対象となる介護保険サービスに係る利用者負担軽減を行うことを町長が特に認

めたもの

(3) 第6条に規定する対象サービスを経営する市町村であって当該事業に係る利用者負担の軽減を行うことを都道府県知事に申し出たもの

(軽減の申出)

第5条 大口町内に本部等の所在する軽減法人等は、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（様式第1）を町長に提出するものとする。

2 前項の申出については、社会福祉法人等による利用者負担軽減廃止届出書（様式第2）が提出されない限り継続するものとする。

(対象サービス及び軽減内容)

第6条 軽減対象者が利用者負担の軽減を受けることができる介護保険サービス（以下「対象サービス」という。）は、第4条に規定する軽減法人等が行う次に掲げるサービス（第1号から第8号まで及び第10号のサービスにあたっては、区分支給限度基準額を超えないもの、第12号から第14号までのサービスにあたっては、介護予防区分支給限度基準額を超えないもの、第15号及び第16号のサービスにあたっては、町長が定める限度額を超えないものに限る。）とする。ただし、生活保護受給者については、第3号、第9号、第11号及び第12号のみを軽減の対象サービスとする。

- (1) 法第8条第2項に規定する訪問介護
- (2) 法第8条第7項に規定する通所介護
- (3) 法第8条第9項に規定する短期入所生活介護
- (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
- (5) 法第8条第16項に規定する夜間対応型訪問介護
- (6) 法第8条第17項に規定する地域密着型通所介護
- (7) 法第8条第18項に規定する認知症対応型通所介護
- (8) 法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護
- (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
- (10) 法第8条第23項に規定する複合型サービス
- (11) 法第8条第27項に規定する介護福祉施設サービス

- (12) 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
 - (13) 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
 - (14) 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
 - (15) 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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）
 - (16) 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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）
- 2 前項に規定するサービスについて、軽減措置の対象となる費用及び減額割合は、別表に掲げるとおりとする。

（申請）

第7条 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、対象サービスを利用する日の7日前までに、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（様式第3）及び収入等申告書（様式第4）に次に掲げる書類（以下「申請書類等」という。）を添えて町長に提出するものとする。

- (1) 預金通帳の原本又は、写し（世帯全員分）
- (2) 医療保険証の原本又は、写し（扶養になっているか確認をします。）
- (3) 年間収入がわかるもの（世帯全員分）

2 申請者は、前項に規定する日までに申請することができなかつたことについてやむを得ないものと認められる事情があり、かつ、申請者が対象サービスの提供を受けた軽減法人等の事業所又は施設（以下「軽減事業所等」という。）が利用者負担の軽減を承認した場合は、対象サービスを利用した日後速やかに当該申請書を提出するものとする。

（決定）

第8条 町長は、前条の申請があつたときは、速やかにその内容を審査し、軽減対象者の該当の可否を決定し、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（様式第5。以下「決定通知書」という。）により、申請者に通知するものとする。

2 軽減の認定は、申請のあつた日の属する月の初日に遡って効力を有するものとする。

(確認証)

第9条 町長は、軽減対象者として承認した者については、決定通知書と併せて社会福祉法人等利用者負担軽減確認証(様式第6。以下「確認証」という。)を交付する。

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日までとする。ただし、4月1日から7月31日までに4月分から7月分の対象サービスの利用者負担に係る軽減の申請があったものは、当該年度の7月31日までとする。

3 確認証の交付を受けた者が住所又は氏名を変更した場合は、当該変更があった日から起算して14日以内に社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届(様式第7)に確認証、介護保険被保険者証及び当該変更のあったことを証する書類を添えて、町長に提出しなければならない。

(確認証の返還)

第10条 確認証の交付を受けた者は、次の各号のいずれかに該当したときは、確認証を速やかに町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) 確認証の交付を受けた者が転出又は死亡により大口町の被保険者でなくなったとき。

(3) 法第62条に規定する要介護被保険者又は居宅要支援被保険者でなくなったとき。

(4) その他確認証を必要としなくなったとき。

2 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) 虚偽の届出を行う等不正な行為があったとき。

(確認証の提示)

第11条 軽減対象者は、対象サービスを利用する場合は、あらかじめ当該サービスを提供する軽減事業所等に確認証を提示するものとする。ただし、申請中であ

らかじめ提示することができない場合又は第7条第2項に該当する場合は、申請手続き中である旨又は速やかに申請を行う旨を申し出るとともに、軽減事業所等の承認を受け、確認証が交付された後速やかに提示するものとする。

(利用者負担)

第12条 軽減対象者は、対象サービスの提供を行う軽減事業所等に対し、確認証に記載された場合により軽減された利用者負担額を支払うものとする。

(不正利得の返還)

第13条 町長は、偽りその他不正の行為によって、利用者負担の軽減を受けた者があるときは、軽減法人等と協議のうえ、軽減額の全部又は一部を当該軽減を受けた者から軽減法人等に返還するよう求めるものとする。

(軽減法人等に対する助成)

第14条 町長は、軽減法人等がこの要綱に基づき利用者負担の軽減を行った場合は、別に定めるところにより、当該軽減法人等に対し軽減に要した費用の一部を助成するものとする。

(その他必要事項)

第15条 この要綱に定めるものの他、実施に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則 (平成17年12月15日大口町告示第123号)

(施行期日)

- 1 この要綱は、告示の日から施行し、平成17年10月1日から適用する。
(平成18年7月1日から平成20年6月30日までの助成に係る軽減対象者の特例)
- 2 平成18年7月1日から平成20年6月30日までの助成に係る第3条の規定の適用については、同条中「市町民税非課税世帯」とあるのは「平成18年6月1日現在において利用者負担第3段階に該当するものであって、地方税法上の個人住民税に係る高齢者の非課税限度額の廃止に係る経過措置対象者（地方税法等の一部を改正する法律（平成17年法律第5号）附則第6条第2項又は第4項の規定が適用される者。）」及びその者と同一世帯に属する者」と同条第1号中「150万円」とあるのは「190万円」と読み替えるものとする。

3 平成18年7月1日から平成20年6月30日までの助成に係る第6条第2項の規定の適用については、別表中「4分の1」とあるのは「8分の1」と読み替えるものとし、軽減対象経費のうち食費、居住費（滞在費）及び宿泊費について当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、その基準費用額とする。

附 則（平成25年10月31日大口町告示第104号）

この要綱は、告示の日から施行し、この要綱による改正後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（以下「新要綱」という。）の規定は平成25年8月1日から適用する。

附 則（平成26年5月30日 大口町告示第65号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則（平成28年9月30日 大口町告示第112号）

この要綱は、告示の日から施行し、改正後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は、平成28年4月1日から適用する。

附 則（平成30年9月28日 大口町告示第100号）

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。
- 2 この要綱の施行の日前に交付された社会福祉法人等利用者負担軽減確認証で有効期限が「平成31年6月30日」と記載されているものの有効期限は「平成31年7月31日」と読み替えるものとする。

附 則（平成31年3月27日 大口町告示第34号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和3年3月30日 大口町告示第31号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和6年12月24日 大口町告示第132号）

（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45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。

別表（第6条関係）

対象サービス	軽減対象経費 (軽減対象利用者負担額)	減額割合
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 旧措置入所者 10%の利用者負担額、食費、居住費 (2) 新規入所者 10%の利用者負担額、食費、居住費 (3) 生活保護受給者 個室の居住費 	<p>1/4 (老齢福祉年金受給者は1/2)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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。） 	<p>10%の利用者負担額、食費</p>	<p>(ただし、生活保護受給者については、個室の居住費に係る利用者負担額の全額)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 短期入所生活介護 ・ 介護予防短期入所生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> (1) 生活保護受給者以外の利用者 10%の利用者負担額、食費、滞在費 (2) 生活保護受給者 個室の滞在費 	

<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・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。） 	<p>10%の利用者負担額</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護 ・複合型サービス ・介護予防小規模多機能型居宅介護 	<p>10%の利用者負担額、食費、宿泊費</p>	

- 1 旧措置入所者については利用者負担割合が5%以下の者は対象としない。ただし、旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者であってもユニット型の個室の居住費に係る利用者負担額については軽減の対象とする。
- 2 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10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居者介護(予防)サービス費の支給により居住費の利用負担がなかった者のうち、引き続き第3条に該当する者については、軽減の程度を居住費以外にかか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)を原則とするとともに、居住費にかかる利用者負担については全額とする。
- 3 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、介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所者生活介護に係る食費及び居住費(滞在費)については、介護保険制度における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が支給されている場合に限る。

様式第1（第5条関係）

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制度）

年 月 日

大 口 町 長 様

所在地
 申請者
 名 称

社会福祉法人等による利用者負担減免を下記のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者	フリガナ 名 称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号 ー ）			
	連絡先	電話番号	（ ） ー	FAX 番号	（ ） ー
	代表者の職・氏名	職 名			フリガナ 氏 名
	代表者の住所	（郵便番号 ー ）			
	減免の適用時期	年 月分より適用			
減 額 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業者の名称 （介護保険事業者番号）	所 在 地		実施事業の種類	
	（ ）				
	（ ）				
	（ ）				
	（ ）				
	（ ）				

- 注1 軽減適用時期は、原則として申出月からとしますが、これによらない場合は申し出ください。
 2 原則として、軽減対象とされているサービスを実施する全事業所・施設を申し出ください。

様式第2（第5条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減廃止届出書
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年 月 日

大 口 町 長 様

所在地
 申請者
 名 称

年 月 日付けで申し出た社会福祉法人等による利用者負担の軽減を廃止するので届け出ます。

申 請 者	フリガナ 名 称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号 ー ）			
	連絡先	電話番号	（ ） ー	FAX 番号	（ ） ー
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ氏名	
	代表者の住所	（郵便番号 ー ）			
	軽減の廃止時期	年 月分から軽減を廃止する。			
減 免 廃 止 予 定 事 業 所 の 状 況	事業者の名称 （介護保険事業者番号）	所 在 地		実施事業の種類	
	（ ）				
	（ ）				
	（ ）				
	（ ）				
	（ ）				
	（ ）				

注1 軽減の廃止時期は、原則として届出月の翌月からとしますが、これによらない場合はご記入ください。
 2 原則として、軽減対象とされているサービスを実施する全事業所・施設をご記入ください。

様式第3 (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	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
住所	〒		電話番号						
利用サービス	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)								
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○をつけてください					
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
大口町長様 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確認を申請します。 なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市町村民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号									

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日から 年 月 日まで	

様式第4 (第7条関係)

収入等申告書

年 月 日

大口町長 様

住 所

氏 名

(被保険者)

私の 年中の収入について下記のとおり申告します。

1. 世帯全員の収入等の状況

氏 名					
本人との関係		本人			
① の 種 類 の 欄 に 金 額 を 記	種 類	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)	
	収 入	給与等			
		国民・厚生年金			
		障害・遺族年金			
		老齢福祉年金			
		その他 (各種恩給等)			
		()			
		()			
	世帯収入合計①				
	必 要 経 費	租税			
		社会保険料			
		その他 ()			
		必要経費合計②			
	①—②				
② 預 貯 金 等	種 類	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)	
	預貯金				
	その他 (有価証券、債権等)				
	預貯金等合計				

○上記の表に不足がある場合は、裏面をご使用ください。

○申請に必要なもの

- ・社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 (様式第3)
- ・預金通帳の原本又は、写し (世帯全員分)
- ・医療保険証の原本又は、写し (扶養になっているか確認をします)
- ・年間収入がわかるもの (世帯全員分)

※所得証明書、源泉徴収票、年金支払い通知書、確定申告書の写し等

○裏面の記入事項もご記入ください。

(裏)

氏名					
本人との関係					
① の種類の欄に金額を記	収入	種類	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)
		給与等			
		国民・厚生年金			
		障害・遺族年金			
		高齢福祉年金			
		その他 (各種恩給等)			
		()			
		()			
	世帯収入合計 ^㉑				
	必要経費	租税			
		社会保険料			
		その他 ()			
		必要経費合計 ^㉒			
	㉑—㉒				
② 預貯金等	種類	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)	金額 (単位:円)	
	預貯金				
	その他 (有価証券、債権等)				
	預貯金等合計				

2. その他 (②以降はご本人様についてお答えください。)

対象者の要件チェック項目 (「はい」か「いいえ」に○を付けてください。)		はい	いいえ
①	日常生活に供する資産以外に資産はありますか。 ※「はい」の場合その資産 ()		
②	負担能力のある親族等に扶養されていますか。 ※「はい」の場合、扶養している方のお名前 ()		
③	介護保険料を滞納していますか。		
④	仕送りを受け取っていますか。 ※「はい」の場合、仕送りをしている方のお名前と金額 () () 円		

※大口町確認欄※

①収入等合計 (㉑=「㉑-㉒」の世帯の合計) (㉑) - (㉒ 00,000) ≥ 0である【はい いいえ】 ㉒= ((* 人) - 1) × 500,000 + 1,500,000
②預貯金当合計 (㉓=「預貯金等合計」の世帯の合計) (㉓) - (㉔) ≥ 0である【はい いいえ】
㉔= ((* 人) - 1) × 1,000,000 + 3,500,000 *には世帯の人数をいれる (本人含む)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届

年 月 日

大 口 町 長 様

住 所

氏 名

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第9条第3項の規定により、記載事項を変更したいので、次のとおり届け出ます。

住 所	新	〒 (電話番号 ー ー)
	旧	〒 (電話番号 ー ー)
フリガナ 氏 名	新	-----
	旧	-----