

○上川町社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成事業実施要綱

平成17年9月30日

上川町要綱第14号

改正 平成18年4月1日要綱第14号

平成21年10月1日要綱第13号

平成24年11月30日要綱第16号

平成28年3月28日要綱第1号

(目的)

第1条 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、**低所得者で生計が困難である者及び生活保護受給者**に対して利用者負担額を軽減する場合に、その負担した額が総収入の一定の割合を超えた社会福祉法人等に対し助成をすることにより、介護保険サービスの利用者の負担軽減を図るとともに高齢者福祉の増進を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において、次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) 介護保険サービスとは、法に基づく訪問介護、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、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、指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設における施設サービスをいう。

(2) 社会福祉法人等（以下「法人等」という。）とは、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第22条に規定する社会福祉法人、社会福祉事業を直接経営する地方自治体及び介護保険サービスを提供する事業者をいう。

(3) 利用者負担額とは、法に規定する介護保険サービスの提供を受けた際に利用者が負担する介護サービス費、食費、居住費（滞在費）をいう。

(軽減対象者)

第3条 **利用者負担額の軽減対象となる者（以下「軽減対象者」という。）は、町民税非課税世帯であつて、次の各号に掲げる要件を全て満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担額等を総合的に勘案し、生計が困難であると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) 預貯金等の総額が、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。

(軽減の特例)

第4条 前条に規定する者で、次の各号のいずれかに該当するものについては、利用者負担額の軽減対象とする。

(1) 旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者が介護保険サービスの提供を受ける際のユニット型個室の居住費に係る利用者負担額

(2) 訪問介護利用者負担軽減事業の適用を受けた者が、更に本要綱に基づく介護保険サービスの提供を受ける際に軽減の必要性があると判断した利用者負担額

(3) 生活保護受給者が介護保険サービスの提供を受ける際の個室の居住費に係る利用者負担額

(申請手続)

第5条 軽減対象者は、法人等から介護保険サービスの提供を受けようとするときは、町長に対してあらかじめ、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書(様式第1号)を提出しなければならない。

(確認証の交付等)

第6条 町長は、前条による申請を受けたときは、申請内容を審査し、軽減対象者と決定したときは、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象決定通知書(様式第2号)及び社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証(様式第3号)(以下「軽減確認証」という。)を申請者に交付するものとする。

(利用料の軽減)

第7条 軽減確認証の交付を受けた者は、介護保険サービスの提供を受ける際に、法人等に軽減確認証を提示し、軽減措置を受けるものとする。

2 法人等は、軽減対象者に対して軽減確認証に記載されている軽減割合に応じ、利用者負担額を徴収するものとする。

(軽減割合)

第8条 利用者負担額の軽減割合は、利用者負担額の4分の1（高齢福祉年金受給者は2分の1）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。

(助成対象者)

第9条 助成対象者は、利用者負担額の軽減を行う法人等で、北海道及び上川町に対してその旨の申出をしたものとする。

(助成対象額)

第10条 助成対象額は、軽減確認証に基づき法人等が行った介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減額とする。

(助成割合)

第11条 助成対象者に対する助成割合は、利用者負担額軽減後の総額のうち、当該法人等が本来受領すべき利用者負担額を含めた総収入（軽減対象サービスに関するものに限る。）に対する一定割合を超えた部分とする。

2 前項に規定する一定割合とは、この事業に対し国が示す割合とする。

(助成方法等)

第12条 法人等が助成額の請求を行うときは、町長に対して当該年度分を一括して翌年度の4月10日までに、社会福祉法人等利用者負担額軽減措置助成額請求書（様式第4号）により行うものとする。

2 町長は、前項の規定により請求を受けたときは、請求内容を審査し、30日以内に当該法人等に対し助成を行うものとする。

(届出の義務)

第13条 軽減対象者は、次の各号のいずれかに該当したときは、その旨を社会福祉法人等利用者負担額軽減対象要件変更・資格喪失届出書（様式第5号）により、速やかに町長に届出なければならない。

(1) 氏名又は住所を変更したとき。

(2) 第3条の規定に該当しなくなつたとき。

(軽減確認証の再交付)

第14条 軽減対象者は、軽減確認証を汚損し、又は亡失したことによりその再交付を受けようとするときは、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証再交付申請書（様式第6号）を町長に提出しなければならない。

(軽減確認証の返還)

第15条 軽減対象者は、第3条の規定に該当しなくなつたときは、速やかに軽減確認証を町長に返還しなければならない。

(届出がない場合の軽減資格の喪失の処理)

第16条 町長は、軽減対象者が第3条の規定に該当しなくなつたことを確認したときは、第13条の届出がない場合においても、職権により当該軽減対象者の軽減資格の消滅処理を行うことができる。

2 前項の規定により消滅処理を行つたときは、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象資格消滅通知書(様式第7号)により当該軽減対象者に通知するものとする。

(備付帳簿等)

第17条 町長は、次に掲げる帳簿等を備えなければならない。

(1) 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証払出簿(様式第8号)

(2) 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者台帳(様式第9号)

(他の軽減制度との適用関係)

第18条 介護保険制度における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との適用関係は、本要綱に基づく軽減を行つた後の利用者負担額に対し支給するものとする。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設及び小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第2段階の者のサービス費に係る利用者負担については、事業主体の負担に鑑み、当該部分について、この事業の軽減の対象としないことができる。

2 介護保険制度における特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費(以下「特定サービス費」という。)との適用関係は、特定サービス費の支給後の利用者負担額について、本要綱に基づく軽減制度の適用を行う。

(委任)

第19条 この要綱の施行に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成17年10月1日から施行する。

2 上川町社会福祉法人等利用者負担減免助成事業要綱(平成12年要綱第9号)は廃止する。

附 則(平成18年4月1日要綱第14号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則（平成 21 年 10 月 1 日要綱第 13 号）

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則（平成 24 年 11 月 30 日要綱第 16 号）

この要綱は、公布の日から施行し、平成 24 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 28 年 3 月 28 日要綱第 1 号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、行政不服審査法（平成 26 年法律第 68 号）の施行の日（平成 28 年 4 月 1 日）から施行する。

（経過措置）

- 2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であってこの要綱の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの要綱の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。
- 3 この要綱の施行の際、第 3 条の規定による改正前の上川町住民基本台帳の一部の写しの閲覧に係る事務取扱要綱、第 4 条の規定による改正前の上川町社会福祉法人等利用者負担額軽減制度助成事業実施要綱、第 5 条の規定による改正前の上川町福祉タクシー料金特別助成事業実施要綱、第 6 条の規定による改正前の上川町高齢者等介護予防・生活支援事業実施要綱、第 7 条の規定による改正前の上川町高齢者等屋根雪下ろし事業実施要綱、第 8 条の規定による改正前の上川町離島等地域利用者負担軽減事業実施要綱、第 9 条の規定による改正前の上川町福祉灯油助成事業実施要綱、第 10 条の規定による改正前の上川町成年後見制度利用支援事業実施要綱、第 11 条の規定による改正前の上川町地域生活支援事業実施要綱、第 12 条の規定による改正前の上川町訪問介護等利用者負担軽減事業実施要綱、第 13 条の規定による改正前の上川町障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者の指定等及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者の指定等に関する要綱、第 14 条の規定による改正前の上川町高齢者等緊急通報装置貸与事業実施要綱、第 15 条の規定による改正前の上川町インフルエンザ予防接種費用の助成に関する実施要綱、第 16 条の規定による改正前の上川町未熟児養育医療給付要綱、第 17 条の規定による改正前の上川町住宅リフォーム等補助金交付要綱及び第 18 条の規定による改正前の上川町民間大規模建築物耐震補強設計事業補助金交付要綱に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書					
フリガナ		申請年月日	年 月 日		
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0
生年月日	年 月 日	性別	男・女		
住 所	〒 ー 電話番号() ー				
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○をつけて下さい		
世帯主	・	・			
世帯員	・	・			
成	・	・			
<p>上川町長 様</p> <p>上記のとおり、社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額軽減確認定の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 電話番号() ー</p> <p>(申請者) 氏名 ㊟ (本人との関係)</p>					
<p style="text-align: center;">同 意 書</p> <p>上記申請に係る決定について必要があるときは、私の世帯全員及び私を扶養する親族等の収入及び資産状況、市町村民税課税状況等について、町長が税務部に報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>(本人) 氏名 ㊟</p>					
町記入欄					
交付年月日	備 考				
年 月 日					
適用年月日					
年 月 日					
有効期限					
年 月 日					

様式第2号

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象決定通知書

第 号
年 月 日

〒
住 所

氏 名 様

上川町長

先に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請については、
下記のとおり決定しましたので、通知します。

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

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) 軽減割合
	有効期限 年 月 日
	確認番号
2 承 認 し な い	理 由

※ 問い合わせ先

審査請求については、別紙記載のとおりとなります。

様式第3号

(表面)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証 (社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)			
交付年月日 年 月 日			
確認番号		第 号	
受給者	住所		
	フリガナ	-----	
	氏名		
	生年月日	年 月 日	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	
軽減割合		/	
発行機関名及び印		北海道上川郡上川町南町180番地 上川町	

(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、介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護及び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、表面に記載されている軽減割合により軽減されます。 五 被保険者の資格がなくなつたとき、軽減対象者の要件に該当しなくなつたとき、軽減の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、この証を返してください。 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4号

社会福祉法人等利用者負担額軽減措置助成額請求書
 (社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

年 月 日

上川町長 様

所在地
 申請者
 名 称

社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置の助成額を下記のとおり請求します。

申 請 者	フリガナ 名 称			
	事務所の所在地			
利 用 者 負 担 額 軽 減 実 施 状 況	軽減措置対象者		利 用 状 況	利用者負担額軽減額
	住 所	氏 名		

様式第5号

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象要件変更・資格喪失届出書			
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	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減対象 変更理由	1 氏名が変更になった。 (変更年月日 年 月 日)		
	2 転居した。 (変更年月日 年 月 日)		
	3 その他軽減対象要件が変更になった。 (変更年月日 年 月 日) (変更内容)		
利用者負担額 軽減対象 資格喪失理由	1 他市町村に転出することとなった。 (資格喪失年月日 年 月 日)		
	2 介護保険法の被保険者でなくなった。 (資格喪失年月日 年 月 日)		
	3 軽減対象者が死亡した。 (資格喪失年月日 年 月 日)		
	4 その他 (資格喪失年月日 年 月 日)		
<p>上川町長 様</p> <p>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要件変更及び資格喪失に係る届け出をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			
町記入欄			
変 更 年 月 日	備 考		
年 月 日			
資格喪失年月日			
年 月 日			
有効期限			
年 月 日 まで			

様式第6号

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証再交付申請書			
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	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減対象確認証 再交付申請理由	1 破損した。 2 汚損した。 3 紛失した。 4 その他		
<p style="text-align: center;">上川町長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 氏名</p>			
町記入欄			
再交付年月日	備 考		
年 月 日			
有効期限			
年 月 日 まで			

様式第7号

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象資格消滅通知書

第 号
年 月 日

〒

住 所

氏 名 様

上川町長

このことについて、社会福祉法人等利用者負担額軽減対象の資格が消滅しましたので、下記のとおり通知します。

なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して、3箇月以内に町長に対して審査請求をすることができます。

また、先に交付した確認証を速やかにお返してください。

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

決定年月日	年 月 日
-------	-------

決 定 事 項	
消滅事由	消滅年月日 年 月 日 (消滅の理由) 確認番号

※ 問い合わせ先

住 所
電話番号

様式第8号

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証払出簿(年度分)

払出年月日	確認証番号	住 所	氏 名	払出年月日	確認証番号	住 所	氏 名
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		
年 月 日	—			年 月 日	—		

様式第9号

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者台帳

確認証番号		第 一 号									
軽減対象者	氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日		住所	上川郡 電話番号 ー	
		(変更後の氏名)				(変更年月日・事由)				(変更 . . .)	
世帯主	氏名			続柄	本人	職業			変更後の住所	(変更 . . .)	
		(変更 . . .)				勤務先	電話番号 ー			(変更 . . .)	
介護保険被保険者番号										軽減対象者の資格を有することとなった年月日	
軽減対象確認証交付・再交付・停止・変更状況											
年 月 日	区 分		有効期限等		事 由		備 考		年 月 日		
年 月 日	交 付		年 月 日						年 月 日		
年 月 日	交付・再交付・停止・変更		年 月 日						年 月 日		
年 月 日	交付・再交付・停止・変更		年 月 日						年 月 日		
年 月 日	交付・再交付・停止・変更		年 月 日						年 月 日		
摘 要											

様式第 1 号

様式第 2 号

様式第 3 号

様式第 4 号

様式第 5 号

様式第 6 号

様式第 7 号

様式第 8 号

様式第 9 号