

○社会福祉法人等による利用者負担額軽減実施要綱

平成27年10月29日

告示第45号

社会福祉法人等による利用者負担額軽減実施要綱(平成13年菊陽町要綱第15号)の全部を改正する。

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険サービスを提供する社会福祉法人等が、低所得者で特に生計が困難である者及び生活保護受給者の利用者負担の軽減(以下「軽減」という。)を行ったとき、その軽減の一部を町が助成することによって、介護保険制度の円滑な運用を図ることを目的とする。

(軽減の対象者)

第2条 軽減の対象者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けている者(以下「生活保護受給者」という。)

(2) 次に掲げる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、生計が困難であるとして町長が認めた者(以下「生計困難者」という。)

ア 市町村民税非課税世帯に属すること。

イ 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。

ウ 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。

エ 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。

オ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

カ 介護保険料を滞納していないこと。

2 前項の規定にかかわらず、次のいずれかに該当し、支援又は減額を受けている者については、この要綱に基づく軽減の対象としない。

(1) 障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業の対象者となった者

(2) 指定介護老人福祉施設において、介護保険法施行法(平成9年法律第124号)第13条に規定する旧措置入所者としての利用者負担額の減額の特例を受けている者で利用者負担割合が5パーセント以下の者。ただし、ユニット型個室に居住している者を除く。

(軽減の申出等)

第3条 軽減を実施する社会福祉法人等は、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書(別記様式第1号)を熊本県知事に提出するとともに、町長に対して当該申出書を提出しなければならない。

(軽減の対象となる介護保険サービスの種類等)

第4条 軽減の対象サービス、対象者、対象費用及び軽減の程度は、別表のとおりとする。

(申請)

第5条 軽減を受けようとする者は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書(別記様式第2号)に預貯金等の額が分かる書類を添付し、町長に提出しなければならない。

(確認証の交付等)

第6条 町長は、前条に規定する申請があったときは、その内容を審査し、要件を満たすと認めた者(以下「被認定者」という。)に社会福祉法人等利用者負担軽減確認証(別記様式第3号。以下「確認証」という。)を交付する。

2 確認証の有効期間は、申請のあった日の属する月の初日から翌年の7月31日までとする。ただし、申請のあった日の属する月が1月から7月までの場合には、その年の7月31日までとする。

(軽減措置の利用)

第7条 被認定者は、第4条の対象サービスを利用するときは、事前に確認証を社会福祉法人等に提示しなければならない。

(確認証の返還)

第8条 被認定者が、次のいずれかに該当するときは、確認証を町長に返還しなければならない。

- (1) 町の被保険者の資格がなくなったとき。
- (2) 軽減額認定の要件に該当しなくなったとき。
- (3) 確認証の有効期限が到来したとき。
- (4) その他町長が特に必要と認めるとき。

(届出)

第9条 被認定者が、次の各号のいずれかに該当するときは、その旨を町長に届け出なければならない。

- (1) 町から転出するとき。
- (2) 確認証の記載事項に変更があるとき。

(3) 確認証を毀損し、又は紛失したとき。

(他の給付との調整)

第10条 介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第51条に規定する高額介護サービス費、法第61条に規定する高額介護予防サービス費、法第51条の2に規定する高額医療合算介護サービス費及び法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費の支給は、この要綱に基づく軽減適用後の利用者負担額を対象として行うものとする。

2 この要綱に基づく軽減は、法第51条の3に規定する特定入所者介護サービス費及び法第61条の3に規定する特定入所者介護予防サービス費支給後の利用者負担額を対象として行うものとする。

(雑則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、告示の日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

別表(第4条関係)

対象サービス	対象者	対象費用	軽減の程度
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	生計困難者	左記対象サービスに係る利用者負担額並びに食費、居住費(滞在費)及び宿泊費に係る利用者負担額	利用者負担額の原則、4分の1(老齢福祉年金受給者は2分の1)

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 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			
介護福祉施設サービス 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 短期入所生活介護	生活保護受給者	個室の居住費に係る利用者負担額	個室の居住費に係る利用者負担額的全額

備考

- 1 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。
- 2 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については、利用者負担が保険給付と同様のものに限る。

別記様式第1号(第3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

菊陽町長 様

所在地  
 申請者 名称 ㊟

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者	フリカ`ナ 名 称			
	主たる事務所の 所 在 地	(郵便番号 - )		
	連 絡 先	電話番号		FAX番号
	代表者の職・氏名	職 名		フリカ`ナ 氏 名
	代表者の住所	(郵便番号 - )		
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所の名称	所 在 地	実施事業の種類	事業所 番号
軽減実施開始日		年 月 日		

別記様式第2号(第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)				
フリガナ		確認番号		
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住 所	〒		電話番号	
軽減申請理由				
特別養護老人ホーム入所者は施設名	住所			
	名称			
	氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○を記入
世帯構成	世帯主			
	世帯員			
<p>菊陽町長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担金の軽減対象の申請をします。 (この申請に係る事務に必要な菊陽町が保有する町税、年金、生活保護、特別養護老人ホームの措置に関する資料を閲覧することに同意します。)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印 ※署名(自筆)の場合、押印する必要はありません。</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				

別記様式第3号(第6条関係)

年 月 日

住 所  
氏 名 様

菊陽町長

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)

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、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
	有効期限 年 月 日
	確認番号 (承認内容) (対象サービス利用者負担) / (食費・居住費等) /
	理由
2 承 認 し な い	

別記様式第1号(第3条関係)

別記様式第2号(第5条関係)

別記様式第3号(第6条関係)