

○南会津町介護保険訪問介護サービス利用者負担金助成要綱

平成18年 3月20日

告示第96号

改正 平成27年 8月 1日告示第48号

(趣旨)

第1条 この告示は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)に基づき、訪問介護サービス(以下「サービス」という。)を利用する低所得世帯に属する高齢者について、サービスに係る利用者負担金の一部を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者等)

第2条 助成金の額及び助成の対象者は、南会津町社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置補助金交付要綱(平成18年南会津町告示第95号)第3条及び第7条に規定するとおりとする。

(確認申請)

第3条 助成を受けようとする者は、介護保険訪問介護サービス利用者負担金の助成対象者確認申請書(様式第1号)を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査のうえ、対象者として確認することの可否を決定し、介護保険訪問介護サービス利用者負担金の助成対象者確認決定(却下)通知書(様式第2号)により、申請者に通知するものとする。

(再申請)

第4条 前条第2項により対象者として確認を受けた者は、毎年7月1日から同月31日までの間に前条第1項の確認申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請書を受理したときは、前条第2項の規定に準じて処理するものとする。

(支給申請)

第5条 助成を受けようとする者は、介護保険訪問介護サービス利用者負担金助成申請書(兼請求書)(様式第3号)を町長に提出するものとする。

2 町長は前項の申請があったときは、内容を調査のうえ、速やかに助成金を支給するものとする。

(助成金の返還)

第6条 町長は、助成金の支給を受けた者が、偽りその他不正の手段により支給を受けたとき、又はその他法令等により利用者負担金に係る助成を受けたときは、その交付を受けた額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第7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

(施行期日)

1 この告示は、平成18年3月20日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の日の前日までに、合併前の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減免措置事業実施要綱(平成13年田島町要綱)の規定によりなされた決定、手続その他の行為は、この告示の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成27年告示第48号)

この要綱は、公布の日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

介護保険訪問介護サービス利用者負担金の助成対象者確認申請書

被保険者番号				確認番号		
被保険者氏名	フリガナ			生年月日	年	月 日
				性別	男・女	
住所	〒			電話番号		
	氏名			生年月日	性別	
世帯構成	世帯主			年 月 日	男女	
	世帯員			年 月 日	男女	
				年 月 日	男女	
				年 月 日	男女	


南会津町長

上記のとおり介護保険訪問介護サービス利用者負担金の助成対象者としての確認を申請します。

また、本申請書の審査に必要があるときは、私及び世帯員の課税状況等について調査することに同意します。

年 月 日

申請者住所  
氏名

電話番号 

※添付書類 別紙収入等申告書

《町記入欄》 ※これ以下は、記入しないでください。

交付年月日	決定欄	備考
年 月 日	1 決定  2 却下 (理由 )	
適用年月日		
年 月 日から		
有効期間		
年 月 日まで		

別紙

収入等申告書

年 月 日

南会津町長

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

被保険者番号 \_\_\_\_\_

① 年中の世帯員の収入等について、下記のとおり申告します。

収入の種類	氏名	氏名	氏名
	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
1 年金収入	種類	種類	種類
	円	円	円
2 就労収入	仕事の内容	仕事の内容	仕事の内容
	円	円	円
3 その他の収入 (上記1、2以外の収入)	種類	種類	種類
	円	円	円
収入合計	円	円	円

記入方法

1 年金収入の欄には、老齢基礎年金・老齢福祉年金・障害年金・遺族年金等ごとに記入

2 就労収入の欄には、給与・日当など給与やアルバイト、販売事業等で得た収入を記入

3 その他の収入の欄には、財産収入・利子収入・配当収入などを記入

\*添付書類

年金決定通知書等収入が確認できる書類の写しを添付してください。

② 収入のない人

氏 名	生 年 月 日	学生・病弱など収入のない理由等

③ 預貯金等について、下記のとおり申告します。

預貯金等の有無・額	有(金額	円)	・	無
-----------	------	----	---	---

様式第2号(第3条関係)

介護保険訪問介護サービス利用者負担金の助成対象者確認決定(却下)通知書

年 月 日

様

南会津町長



先に申請のありました、介護保険訪問介護サービス利用者負担金の助成対象者としての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。

被保険者番号	.....	
被保険者氏名	フリガナ .....	
決定年月日	年 月 日	
決 定 事 項		
1 助成対象として確認する。	適用年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日 承認内容 確認番号	
2 申請を却下する。	理由	

様式第3号(第5条関係)

介護保険訪問介護サービス利用者負担金助成申請書(兼請求書)

氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所		電話番号	

助成申請(請求)額		円			
サービス 給付費 A	利用者負担額 B	対象額 C	控除額 B×1/100 D	助成対象額 C-D E	助成限度額 E×1/2

上記のとおり関係書類を添えて、介護保険訪問介護サービス利用者負担金助成費の支給を申請(請求)します。

また、本申請書の審査に必要があるときは、私及び私の世帯員の課税状況等について調査することに同意します。

南会津町長

年 月 日

申請者 住所  
氏名  
電話



※ 添付書類 居宅サービス介護給付費明細書

※ 介護保険料の滞納により給付制限を受けている方については、支給できない場合があります。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信金・労金	本店 支店	種 目 普通・当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人			

※ 口座の情報が確認できる通帳等の写しを添付してください。

○南会津町社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置補助金交付要綱

平成18年3月20日

告示第95号

改正 平成27年8月1日告示第49号

(目的)

第1条 この告示は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）の規定に基づく介護保険サービス（以下「サービス」という。）を提供する社会福祉法人（以下「法人」という。）が、**低所得者**で特に生計が困難であるものに対してサービスに係る利用者負担金の減額を行う場合において、その減額を実施した当該法人に対し助成を行うことにより、高齢者の介護保険サービスの円滑な利用促進を図ることを目的とする。

(補助対象法人)

第2条 補助金の交付の対象となる法人は、法第7条第6項に規定する訪問介護サービスを実施している法人で、法及びこの告示による利用者負担金の減額を実施している法人とする。

(補助金の額)

第3条 補助金の額は、前条に規定する法人が実施した減額額の総額から当該法人が減額をしなかった場合に受け取るべき利用者負担金の額の100分の1に相当する額を控除した額の2分の1を限度として、町長が適当と認めた額とする。

(交付申請)

第4条 補助金の交付を受けようとする法人は、毎月、社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置補助金交付申請書（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(交付決定)

第5条 町長は、前条の申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置補助金交付決定通知書（様式第2号）により通知するとともに、補助金を交付するものとする。

(実績報告)

第6条 補助金の交付を受けた法人は、補助事業完了後、速やかに社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置補助金実績報告書（様式第3号）を町長に提出しなければならない。

(減額の対象者及び範囲)

第7条 利用者負担金の減額の対象となる者（以下「減額対象者」という。）は、次の各号のすべてに該当する者とする。

(1) **市町村民税世帯非課税者**

(2) **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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 負担能力のある**親族等に扶養**されていないこと。

(6) 介護保険料を滞納していないこと。

2 利用者負担金の減額の範囲は、減額対象者に係る利用者負担金の額の4分の1（利用者負担第1段階の者は、2分の1）とする。

(減額申請)

第8条 利用者負担金の減額を受けようとする者（以下「減額申請者」という。）は、社会福祉法人利用者負担金減額対象確認申請書（様式第4号）（以下「確認申請書」という。）を町長に提出しなければならない。

(減額の決定等)

第9条 町長は、確認申請書を受理したときは、その内容を審査し、利用者負担金の減額を行うことが適当と認めた場合は、減額申請者に対し社会福祉法人利用者負担金減額対象決定通知書(様式第5号)により通知するとともに、社会福祉法人利用者負担金減額確認証(様式第6号)(以下「確認証」という。)を交付するものとする。

(確認証の有効期間)

第10条 確認証の有効期間は、申請のあった日から翌年の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月までの間である場合は、当該年の7月31日までとする。

(確認証の更新申請)

第11条 確認証の更新を受けようとする者は、毎年7月1日から同月31日までの間に、確認申請書を町長に提出しなければならない。この場合において、当該申請に係る確認証の有効期間は、前条の規定にかかわらず、当該申請のあった月の翌月1日から翌年の7月31日までとする。

(確認証の提示)

第12条 確認証の交付を受けた者(以下「受給者」という。)は、法人からサービスを受けるときは、事前に確認証を提示しなければならない。

(変更の届出)

第13条 受給者は、確認証の記載事項又は生計中心者等について変更が生じたときは、速やかに社会福祉法人利用者負担金減額対象確認変更届(様式第7号)を町長に提出しなければならない。

(確認証の返還)

第14条 受給者は、確認証の有効期間が満了したとき、又は減額対象者でなくなったときは、速やかに確認証を町長に返還しなければならない。

(譲渡又は担保の禁止)

第15条 利用者負担金の減額を受ける権利は、これを譲渡し、又は担保に供してはならない。

(その他)

第16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

(施行期日)

1 この告示は、平成18年3月20日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の日の前日までに、合併前の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減免措置事業実施要綱(平成13年田島町要綱)の規定によりなされた決定、手続その他の行為は、この告示の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成27年告示第49号)

この要綱は、公布の日から施行する。





様式第2号(第5条関係)

第 号  
年 月 日

様

南会津町長



社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置補助金交付申請について、下記のとおり交付決定します。

記

交付決定額 金 円



別紙

年度社会福祉法人による介護保険利用者負担金減額措置者個人明細書  
(訪問介護)

対象者氏名 被保険者番号	利用月 利用日数	利用者負担額 (円)	減額金額 (円)
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
	月～ 月 日		
合計	利用回数 日		

様式第4号(第8条関係)

社会福祉法人利用者負担金減額対象確認申請書  
(社会福祉法人による利用者負担金の減額措置)


被保険者番号		確認番号	
被保険者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
	氏 名	生 年 月 日	性 別
世帯構成	世帯主	年 月 日	男 女
	世帯員	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

南会津町長

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担金の減額対象の申請をします。  
また、本申請書の審査に必要があるときは、私及び世帯員の課税状況等について調査することに同意します。

年 月 日

申請者住所  
氏名

電話番号 

※添付書類 別添収入申告書

《町記入欄》 ※これ以下は、記入しないでください。

交 付 年 月 日	決 定 欄	備 考
年 月 日	1 該当  2 非該当 (理由 )	
適 用 年 月 日		
年 月 日から		
有 効 期 間		
年 月 日まで		

別紙

収入等申告書

年 月 日

南会津町長

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

被保険者番号 \_\_\_\_\_

① 年中の世帯員の収入等について、下記のとおり申告します。

収入の種類	収入のある人		氏名	氏名	氏名
	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
1 年 金 収 入	種類	種類	種類	種類	種類
	円	円	円	円	円
2 就 労 収 入	種類	種類	種類	種類	種類
	円	円	円	円	円
3 そ の 他 の 収 入 (上記1、2以外の収入)	種類	種類	種類	種類	種類
	円	円	円	円	円
収 入 合 計	円	円	円	円	円

記入方法

1 年金収入の欄には、老齢基礎年金・老齢福祉年金・障害年金・遺族年金等ごとに記入

2 就労収入の欄には、給与・日当など給与やアルバイト、販売事業等で得た収入を記入

3 その他の収入の欄には、財産収入・利子収入・配当収入などを記入

\*添付書類

年金決定通知書等収入が確認できる書類の写しを添付してください。

② 収入のない人

氏 名	生年月日	学生・病弱など収入のない理由等

③ 預貯金等について、下記のとおり申告します。

預貯金等の有無・額	有(金額	円)	・	無
-----------	------	----	---	---

様式第5号(第9条関係)

社会福祉法人利用者負担金減額対象決定通知書  
(社会福祉法人による利用者負担金の減額措置)

年 月 日

様

南会津町長



先に申請のありました、社会福祉法人による利用者負担金減額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		X
被保険者氏名	フリガナ	
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 承認内容 確認番号	
2 承認しない	理由	

様式第6号(第9条関係)

(表)

社会福祉法人利用者負担金減額確認証 (社会福祉法人による利用者負担の減額実施)				
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				

(裏)

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、この確認証を事業者に提出してください。 対象となるサービス・・・(訪問介護サービス)
2	この確認証は、都道府県に申出のあった事業者の行う介護保険サービスにのみ有効です。
3	前記のサービスを利用した場合、本人負担分から、前面に記載される減額率により軽減されます。
4	被保険者の資格がなくなったとき、減額の認定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、この証を南会津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。
5	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、南会津町にその旨を届け出てください。
6	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7号(第13条関係)

社会福祉法人利用者負担金減額対象確認変更届  
(社会福祉法人による利用者負担金の減額措置)

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後

南会津町長

上記のとおり、社会福祉法人による利用者負担金減額確認証の記載事項その他の変更について届けます。

また、本届の審査に必要があるときは、私及び世帯員の課税状況等について調査することに同意します。

年 月 日

届出者 住所  
氏名

電話番号

㊟