「社会福祉法人等による利用者負担軽減事業」

実施の手引

（法人用）

【社会福祉法人等による利用者負担軽減事業のあらまし】

1　制度の趣旨

この制度は、低所得で生活困難な介護保険利用者に対し、社会福祉法人が利用者負担の軽減を行うものです。

社会福祉法人が、その社会的役割として、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的としています。

「法に基づく」利用のみを対象にしています。介護保険外の自費利用等については、軽減の対象になりません。

軽減に係る法人の負担に対し、保険者である市町村から法人へ補助金が交付されます。

事業名

「社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業」（以下「社福軽減」）

国の実施要綱と各市町村の実施要綱に基づいて行われます。

【実施要綱】

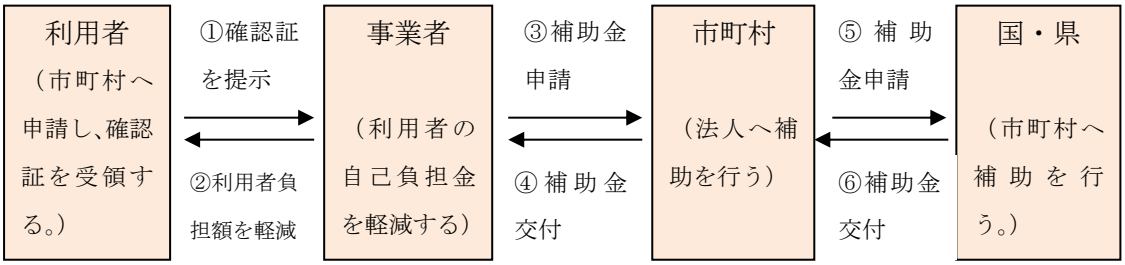
○国の実施要綱

「社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱」（Ｐ２４参照）

○市町村の実施要綱

2　軽減の仕組み

事業所は、対象者に対して月ごとの利用者負担額を請求する際に、軽減分を差し引いた金額で請求します。その際事業者が負担した軽減分については市町村から補助が行われます。



３　軽減実施法人

社福軽減を実施する法人は、事業所ごとに事業所所在地の県知事に申し出をします。同一法人であっても、新しく事業所を開設した場合には申し出が必要です。

（Ｐ２２　様式「社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書」参照）

４　軽減対象となる利用者負担額　　（Ｐ２４　国要綱３－（２）参照）

軽減の対象となる費用は【対象サービスに係る利用者負担額（介護保険１割負担）】と【「食費」「居住費（滞在費）及び宿泊費」に係る利用者負担額】です。

〈　対象になるサービスは、次のとおりです　〉

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介護老人福祉施設(介護福祉施設サービス)　⑫ 介護予防訪問介護　⑬ 介護予防通所介護　⑭ 介護予防短期入所生活介護　⑮ 介護予防認知症対応型通所介護　⑯介護予防小規模多機能型居宅介護　⑰第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業　⑱ 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業

※　社福軽減の申し出を行った事業所は、基本的には、その提供するすべての「対象サービス」について利用者負担額の軽減を行ってください。

軽減対象は「法に基づく（国要綱）」利用に限られますので、介護保険の対象にならないサービス（自己負担による利用等）は社福軽減の対象にもなりません。

５　対象者　　（Ｐ２４　国要綱３－（３）参照）

以下の条件をすべて満たす者のうち、収入、世帯状況、利用者負担等を、総合的に勘案し、生計が困難な者として市町村が認めた者及び生活保護者

「市町村民税世帯非課税」であり、下記の条件のすべてを満たす者

1　年間収入150万円以下(世帯員が1人増えるごとに50万円を加算)
2　預貯金の額が350万円以下（世帯員が1人増えるごとに100万円を加算）
3　日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない
4　負担能力のある親族に扶養されていない
5　介護保険料を滞納していない

対象者は、市町村から交付された「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証」（Ｐ２３　「確認証様式」参照）を提示しますので、記載された軽減割合により軽減を行ってください。

※　ケアマネジャーは利用者に制度を周知するとともに、対象者が市町村へ申請する際の支援を行ってください。

６　軽減の実施と内容

（１）　利用者への軽減の実施

軽減は、「通常サービス（介護保険１割負担分）と｛食費｝「居住費」の1/4（老齢福祉年金受給者は1/2）が原則ですが、市町村が利用者の状況に応じ、個別に決定します。

個室利用の生活保護受給者に対しては「居住費（滞在費）」のみを軽減（１００％軽減）します。

平成２５年８月１日、平成２６年４月１日及び平成２７年４月１日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者で、廃止時点で居住費の自己負担がなかった者のうち、引き続き社福軽減に該当する経済状態の者については、居住費にかかる自己負担を「全額」軽減とします。(「通常サービス」及び「食費」については1/4軽減（老齢福祉年金受給者は1/2軽減)）です。　（Ｐ４　表参照）

ア　事業者は、確認証を提示した利用者に対して、確認証の内容に基づく負担額の軽減を行います。(軽減後の金額で利用者に請求する。)

☆　確認証の有効期限、軽減割合の確認をお願いします。

イ　以下のサービスについては、「第１段階の境界層該当者（1/4軽減の者)」及び「第２段階」の対象者については、高額介護サービス費により、社福軽減を上回る軽減が受けられる場合があるため、法人軽減を行わなくても差し支えないことになっています。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「介護老人福祉施設」「地域密着型介護老人福祉施設」「小規模多機能型居宅介護」「複合型サービス」

☆ ただし、高額介護サービス費の軽減額が社福軽減を下回る場合は、できる限り社福軽減による軽減を行ってください。

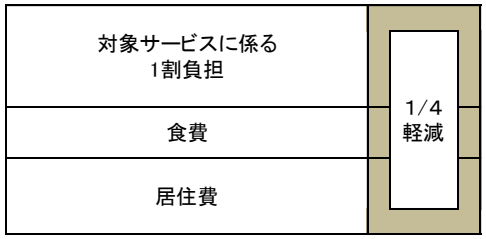
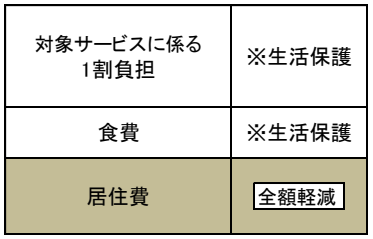
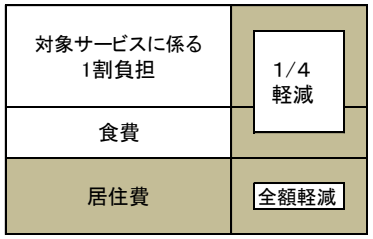
（注：「第２段階の対象サービスに係る利用者負担額の軽減」について補助対象にならない市町村があります。)

ウ　確認証の提示が遅れた利用者への対応

確認証の提示が遅れた利用者についても、可能な限り認定日にさかのぼって利用者負担の軽減を行っていただくようお願いします。

（サービス利用者からの自己負担金の徴収が翌月一括等、すでに提供したサービスに係る利用者負担を調整できる場合）

社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減制度事業

	生計困難者	生活保護受給者	平成25、26、27年度生活扶助基準見直しに伴う特例措置対象者
対象者	住民税非課税で、次の要件を満たして市町村が認める者 ①年間収入が150万円以下（世帯員1人ごとに50万円を加算） ②預貯金等が350万円以下（世帯員1人ごとに100万円を加算） ③日常生活に供する資産以外に資産がない ④親族等に扶養されていない ⑤介護保険料を滞納していない	・生活保護受給者 ・介護支援給付受給者 （中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律）	下記①かつ②のうち、引き続き本事業に基づく軽減対象者に該当する者 ①平成25年8月1日、平成26年4月1日、平成27年4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 ②廃止時点において本事業に基づく軽減又は特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費の利用者負担がなかった者
補助対象となる費用	次のサービスに係る1割負担、食費、居住費 訪問介護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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、第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業、第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 ※介護予防サービスがある場合も含む。 ただし、以下のサービスで補足給付を受給していない者に係る食費・居住費（滞在費）は、軽減の対象となりません。（※介護福祉施設サービス、地域密着型老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護）	次のサービスに係る居住費 （従来型個室、ユニット型準個室、ユニット型個室に限る。） 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 ※介護予防サービスがある場合も含む。	・次のサービスに係る1割負担、食費 先の生計困難者と同じ ・次のサービスに係る居住費 先の生計困難者と同じ ※介護予防サービスがある場合も含む。
軽減割合	原則1/4軽減 （老齢福祉年金受給者は1／2軽減）	全額（補足給付等の支給後の額）	・1割負担、食費　原則1/4軽減 （老齢福祉年金受給者は1／2） ・居住費　全額（補足給付等の支給後の額）
軽減のイメージ			

※軽減を行った社会福祉法人等に対して、軽減総額の1/2を公費で助成（公費の内訳は国が1/2、都道府県・市町村が1/4ずつ）。なお、一定額までは法人の負担となる。

（２）他の低所得者対策制度との関係

ア　「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」の対象者については、まずこの適用（全額免除）が行われるため、社福軽減による軽減は不要となります。

イ　軽減制度の優先順位

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

２　補足給付（特定入所者介護（予防介護）サービス費）＝「介護保険負担限度額認定証」

３　社福軽減 ＝「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」

４　高額介護（予防介護）サービス費

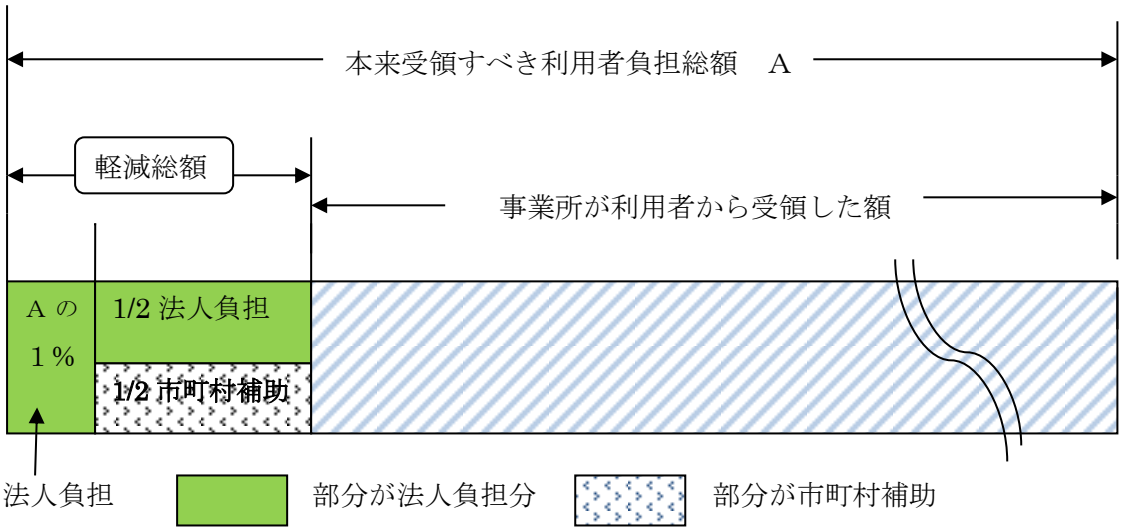
５　高額医療合算介護（予防介護）サービス費

7　事業者が負担した軽減額に対する市町村からの補助

（１）　事業所が負担した軽減額に対し、市町村が補助を行います。

（２）　補助率

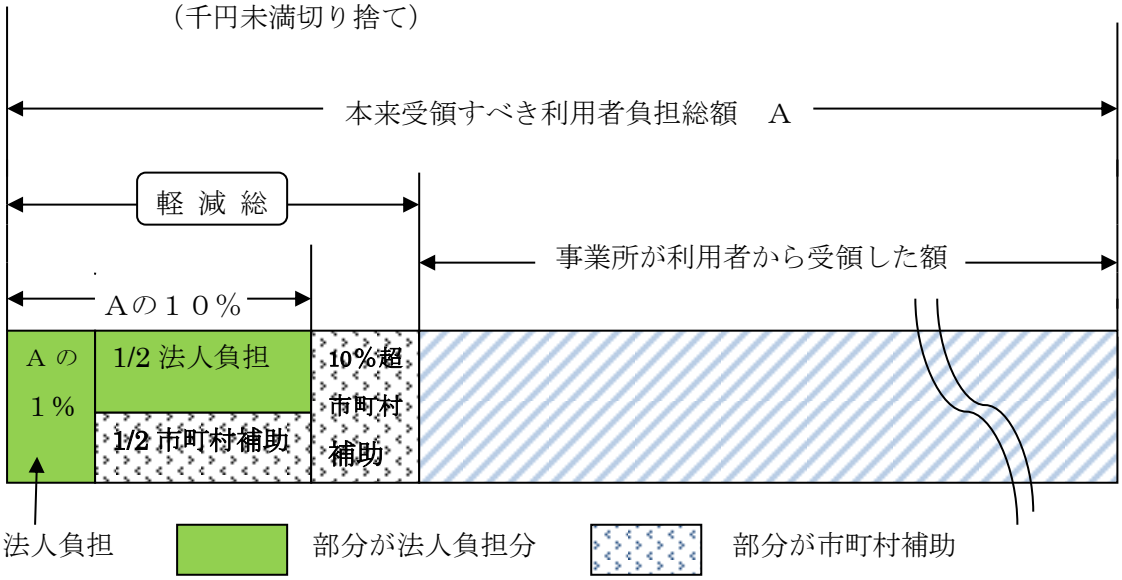
ア　各事業の軽減総額から「法人負担分である『本来受領額の１％』」を減じた残額の１/２の補助が原則です。（千円未満切り捨て）



イ　介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護において、軽減額が本来受領額の１０％を超えた場合

１０％を超えた部分についても、その全額が助成対象になります。

（千円未満切り捨て）



（３）　市町村が法人に対して補助を行った場合に、その市町村に対して、国及び県が補助を行います。

負担割合　国１/２　県１/４　市町村１/４

【補助金申請に係る事務処理】

８　補助金請求の手順

補助金の請求は法人単位で行います。

複数の事業所がある場合も、法人でまとめて請求してください。

《各事業所》準備

月々の軽減状況を集計しておく。【サービスごと】【対象者ごと】【保険者ごと】

⇩

《事業所＋法人》所要額調査

（８月中旬の通知に基づき、１０月中旬に報告）

前半期（４月審査分～９月審査分）の実績を集計する。法人は各事業所の実績をとりまとめて報告する（法人　→　市町村へ）

⇩

《事業所＋法人》補助金申請

（２月上旬の通知に基づき、３月中旬に申請）

事業所は１年間（４月審査分～３月審査分）の実績を推計する。

法人は各事業所の推計をとりまとめて補助金の申請を行う。（法人→市町村へ）

⇩

《事業所＋法人》実績報告

（補助金申請時の通知に基づき、３月下旬に報告）

事業所は１年間（４月審査分～３月審査分）の実績を集計する。

法人は各事業所の実績をとりまとめて実績報告を行う。

（法人→市町村へ）

⇩

《市町村》

補助金交付（市町村→法人へ）

9　各様式の記載要領

・要綱に定められた様式により、次の業務を行います。（各表題の「年度」等は適宜修正します。）

・様式は町ＨＰよりダウンロードできます。

・各様式は必要最低限のシート数ですので、事業所が複数ある法人や軽減対象事業を複数行っている法人は適宜シートを複写して使用してください。

・帳票は、様式４　→　様式１の順に作成しますす。

様式４「社会福祉法人軽減事業実施計画（台帳）（市町村別）」

様式4　　所要額調・交付申請時・実績報告時使用

社会福祉法人軽減事業実施計画（台帳）（市町村別）

（平成　　年　　月審査分～平成　　年　　月審査分）

保険者番号

保険者名称

事業所番号

事業所名称

サービス種類　：

（単位：円）

被保険者番号	被保険者名	サービス利用日数	軽減率	通常サービス 本来受領額 軽減額	食費 本来受領額 軽減額	居住費 本来受領額 軽減額	合計 本来受領額 軽減額
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
軽減対象者の計		人数					0
							0
軽減対象者以外の計		人数					0
	軽減対象外者						
	上記のうち軽減対象期間があった者						
	実人数						
合　計		人数 0					

・この様式は、所要額調・交付申請・実績報告に共通して使用します。所要額調・交付申請においては「実施計画」、実績報告においては「実施台帳」として使用します。

ア　サービス種類（事業）ごと、市町村（保険者）ごとに作成します。

　同一事業所で「介護」「介護予防」の同一事業を行っている場合は一括で作成します。

Ｑ１　軽減対象者がいない市町村の帳票も作成するのですか？

Ａ１　軽減対象者がいない市町村分は作成する必要はありません。

　「様式３」の「軽減対象者がいない市町村の合計」欄へまとめて記入してください。

Ｑ２　軽減対象者でない人も一覧表に名前を記入するのですか？

Ａ２　軽減対象者でない人は記入する必要はありません。下段の「軽減対象者以外の計」欄へ「本来受領額」をまとめて記入してください。

Ｑ３　自費利用の分も記入するのですか？

Ａ３　自費利用の分は介護保険制度自体の対象になりません。当然、軽減の対象にはなりませんので、帳票へは一切記入しません。

Ｑ４　「本来受領額」とは、補足給付後の金額ですか？　高額介護サービス費の分を控除した額ですか？　（補足給付＝特定入所者介護サービス費）

Ａ４　「補足給付」後の額で、社福軽減や高額介護サービス費給付前の額です。（社福軽減額＋本人負担額）

　市町村単独軽減の対象者は、単独軽減前の金額になります。

Ｑ５　中途から対象になった人の記入はどのようにすればいいですか？

Ａ５　軽減対象期間の分は、軽減対象者欄に記入し、軽減対象外期間の分は「軽減対象者以外の計」欄の集計に加えてください。

　併せて、人数欄の「上記のうち軽減対象期間があった者」欄へ人数を記入してください。

　両方の期間があった方の人数は、最終的に「軽減対象者」としてカウントされます。

Ｑ６　入院している方の居住費はどうなりますか？

Ａ６　介護保険適用期間は、本事業の対象になります。（６日間（月をまたぐ場合１２日間））

　上記を超えた期間については、介護保険の対象外ですので、すべて自費利用になります。「軽減額」「本来受領額」とも記入しません。

Ｑ７　生活保護受給者はどうなりますか？

Ａ７　原則として本事業の対象外です。「軽減額」「本来受領額」とも記入しません。

ただし、個室を利用している場合は、居住費のみが本事業の対象になります。

（１００％軽減）　「居住費」にかかる「軽減額」「本来受領額」を記入します。

「通常サービス（介護保険 1 割負担分)」「食費」の「本来受領額」は記入しません。

Ｑ８　「旧措置入所者実質的負担軽減者（負担割合５％以下)」はどうなりますか？

Ａ８　原則として本事業の対象外です。「軽減額」「本来受領額」とも記入しません。

ただし、ユニット型個室を利用している場合は、居住費のみが本事業の対象になります。「居住費」にかかる「軽減額」「本来受領額」を記入します。

「通常サービス（介護保険１割負担分)」「食費」の「本来受領額」は記入しません。

様式３「社会福祉法人軽減事業実施計画（台帳）（総括表）」

・　この様式は、所要額調・交付申請・実績報告に共通して使用します。所要額調・交付申請においては「実施計画」、実績報告においては「実施台帳」として使用します。

ア　サービス種類（事業）単位で作成します。ただし、同一事業所で「介護」「介護予防」の同一事業を行っている場合は一括で記入します。

様式３　　所要額調・交付申請時・実績報告時使用

社会福祉法人軽減事業実施計画（台帳）（総括表）

（平成　　年　　月審査分～平成　　年　　月審査分）

事業所番号

事業所名称

サービス種類　：

（単位：円）

保険者番号	保険者名称	実人数 対象外者数 軽減対象者数	通常サービス 本来受領額 軽減額	食費 本来受領額 軽減額	居住費 本来受領額 軽減額	合計 本来受領額 軽減額
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
軽減対象者がいる市町村の合計		0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0
軽減対象者がいない市町村の合計						0
合　　計		0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0

Ｑ９　「軽減対象者がいない市町村」のデータはどこへ記入するのですか？

Ａ９　「軽減対象者がいない市町村」の「本来受領額」は下段の「軽減対象者がいない市町村の合計」欄へまとめて記入してください。

様式２「社会福祉法人軽減制度市町村助成費明細書」

・　この様式は、所要額調・交付申請・実績報告に共通して使用します。

・　居宅サービスと施設サービス（介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設）は計算式が違いますので別シートになっています。入力の間違いがないようにしてください。

【入力票】

所要額調・交付申請時・実績報告時使用　社会福祉法人軽減制度市町村助成費明細書（入力票）

色の部分を入力すること

平成　年　月審査分～平成　年　月審査分

事業所番号	9999999999
事業所名称	○○指定介護老人福祉施設

サービス種類：（施設サービスまたは居宅サービス名）

審査年月	事業所状況記入欄					
	件数	①利用者負担総額			軽減件数	②軽減総額
			通常サービス	食費・居住費		
平成22年4月		0			0	0
平成22年5月		0			0	0
平成22年6月		0			0	0
平成22年7月		0			0	0
平成22年8月		0			0	0
平成22年9月		0			0	0
平成22年10月		0			0	0
平成22年11月		0			0	0
平成22年12月		0			0	0
平成23年1月		0			0	0
平成23年2月		0			0	0
平成23年3月		0			0	0
	0	0	0	0	0	0

市町村別軽減額記入欄	
市町村1	
保険者番号	999999
保険者名称	○○市
軽減件数	③軽減額
0	0
実人数	

年次請求額集計欄

事業所状況欄				
④利用者負担総額の合計（①の合計）	⑤軽減総額の合計（②の合計）	軽減比率（⑤÷④）	⑥事業所負担（欄外参照）	⑦市町村助成費（⑤－⑥）
0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Ｑ１０　事業所ごとに作成するのですか？

Ａ１０　そのとおりです。

Ｑ１１　「入力票」へ入力するのですか？

Ａ１１　はい、そのとおりです。入力票のオレンジ色のセルに入力してください。自動的に各市町村の「様式２」が作成されます。

　月ごとの数値を入力するのはここだけですので、各合計値が「様式３」の合計値と合っているかどうか、確認してください。

Ｑ１２　「年次請求額集計欄」の計算結果がマイナスになってしまったのですが。

Ａ１２　補助対象金額に満たないためです。補助金はありません。「⑦市町村助成費」欄は「０」と表示されます。

【帳票】

社会福祉法人軽減制度市町村助成費明細書

所要額調・交付申請時・実績報告時使用

平成　　年　月審査分～平成　　年　　月審査分

保険者番号	999999
保険者名称	○○市

サービス種類：（施設サービスまたは居宅サービス名）

事業所番号	9999999999
事業所名称	○○指定介護老人福祉施設

審査年月ごとの状況

審査年月	事業所状況欄						市町村軽減額欄	
	件数	①利用者負担総額			軽減件数	②軽減総額	軽減件数	③軽減額
			通常サービス	食費・居住費				
平成22年4月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年5月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年6月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年7月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年8月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年9月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年10月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年11月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成22年12月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成23年1月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成23年2月	0	0	0	0	0	0	0	0
平成23年3月	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0

年次請求額集計欄

事業所状況欄					市町村請求欄	
④利用者負担総額の合計（①の合計）	⑤軽減総額の合計（②の合計）	軽減比率（⑤÷④）	⑥事業所負担（欄外参照）	⑦市町村助成費（⑤－⑥）	⑧市町村比率（③の合計÷⑤）	助成費請求額（⑦×⑧）
0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

市町村の状況（参考）

	証記載保険者番号	保険者名	実人数	軽減件数	軽減額	市町村比率（%）	助成費請求額
1	999999	○○市	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
2	888888	△○市	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
3	777777	△△町	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
4	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
5	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
6	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
7	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
8	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
9	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
10	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
11	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
12	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
13	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
14	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
15	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	合計		0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!

⑥事業所負担の計算式（[　]でいずれも小数点以下は切り捨て）

・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（※介護予防含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・複合型サービスの時
　[④利用者負担の総額　×　1%]　＋　[(⑤軽減総額　－　[④利用者負担の総額　×　1%])　÷　2]

・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護で、軽減総額が利用者負担総額の10%以下の時
　[④利用者負担の総額　×　1%]　＋　[(⑤軽減総額　－　[④利用者負担の総額　×　1%])　÷　2]

・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護で、軽減総額が利用者負担総額の10%超の時
　[④利用者負担の総額　×　1%]　＋　[([④利用者負担の総額　×　10%]　－　[④利用者負担の総額　×　1%])　÷　2]

※1・・・・・市町村比率（%）は算出後、小数点第三位を四捨五入

様式１「社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業費補助金所要額調」

・　様式１は２種類（「所要額調」及び「精算書」）あります。所要額調・交付申請の時は「所要額調」を、実績報告の時は「精算書」を使用します。

様式1　　所要額調・交付申請時・実績報告時　使用

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業費補助金所要額調（または精算書）

（平成　　年　　月審査分～平成　　年　　月審査分）

市町村（保険者）名

社会福祉法人等名

（単位：円）

NO	事業所番号	事業所名称	軽減実人数	軽減件数	軽減額	助成費請求額
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
計			0	0	0	0
					端数処理（千円未満切り捨て）	0

Ｑ１３　事業所単位で作成してもいいですか？

Ａ１３　法人単位での作成をお願いします。

助成額は、事業所単位では円未満切り捨て、合計後法人単位で千円未満切り捨てにしてください。

市町村ごとに作成します。様式２の「事業所番号」「事業所名称」「実人数」「軽減件数」「軽減額」「助成費請求額（＝公費助成額）」を転記してください。

別紙１　鑑「　　年度福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業費補助金

交付申請書」

鑑「　　年度福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業費補助金

実績報告書」

別紙1　　申請時・実績報告時　使用

〇〇発第　　号

平成　年　月　日

（市町村長）　殿

社会福祉法人等名　〇〇会

代表者氏名　　印

（理事長名　印）

平成　　年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業費

補助金交付申請書(または実績報告書)

標記について、次により市町村補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額　　金　　円

（添付書類）

1　補助金所要額調（様式１）

2　助成費明細書（様式２）

3　実施計画（総括表）（様式３）

4　実施計画（市町村別）（様式４）

5　資金収支決算見込書　抄本（社会福祉法人会計基準　第２号－２様式「収支決算内訳書」に準じたもの。）

※「経常活動による収支」部分

6　その他参考資料

標記補助金を下記口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合				支店 本店 出張所			種目	口座番号					
	金融機関コード				店舗コード			1．普通預金 2．当座預金 9．その他						
	フリガナ													
	口座名義人													

【記載例】

様式1　　所要額調・申請時・（実績報告時）使用

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業費補助金所要額調（精算書）

（平成　　年　月審査分～平成　　年　　月審査分）

複数のサービスを合計して1枚にする

市町村（保険者）名　　〇〇市

市町村ごとに作成する

社会福祉法人等名　　〇〇会

様式2:市町村の状況から転記

（単位：円）

NO	事業所番号	事業所名称	軽減実人数	軽減件数（ﾚｾﾌﾟﾄ数）	軽減額	公費助成額
1	999999	〇〇指定介護老人福祉施設	4	24	468,503	163,294
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
計			4	24	468,503	163,294
					端数処理（千円未満切り捨て）	163,000

市町村が助成する額。（＝市町村所要額）

マイナスの場合は、「0」と記載する

【記載例】

様式２

所要額調・申請時・実績報告時使用　社会福祉法人軽減制度市町村助成費明細書（入力票）

色の部分を入力すること

月ごとに入力するのはこの表だけなので、他の表と一致しているか確認してください。

平成　　年　　月審査分～平成　　年　　月審査分

事業所番号	9999999
事業所名称	

様式３から転記

オレンジ色のセルに入力すると各市町村の帳票が作成される。

サービス種類：（介護サービス）名

「居宅サービス」用と「施設サービス」用があります。

本来受領額に同じ

審査年月	事業所状況記入欄					
	件数	①利用者負担総額			軽減件数	②軽減総額
			通常サービス	食費・居住費		
平成24年4月						
平成24年5月						
平成24年6月						
平成24年7月						
平成24年8月						
平成24年9月						
平成24年10月						
平成24年11月						
平成24年12月						
平成25年1月						
平成25年2月						
平成25年3月						

様式3の合計額と一致

市町村軽減額記入欄	
市町村1	
保険者番号	
保険者名称	
軽減件数	③軽減額
実人数	4

年次請求額集計欄

事業所状況欄				
④利用者負担総額の合計（①の合計）	⑤軽減総額の合計（②の合計）	軽減比率（⑤÷④）	⑥事業所負担（欄外参照）	⑦市町村助成費（⑤－⑥）
		#DIV/0!		

様式３の「軽減額合計」と一致

様式３の軽減対象者数と一致

マイナスは「0」と表示される

【記載例】

様式２

所要額調・申請時・実績報告時使用

※入力票に入力すると、明細書が作成される。

入力票に入力するとこの表が作成されます。数値の確認を行う

社会福祉法人軽減制度市町村助成費明細書

平成　　年　　月審査分～平成　　年　　月審査分

保険者番号	
保険者名称	

「居宅サービス」用と「施設サービス」用があります。

サービス種類：（サービス事業）名

様式１へ転記

事業所番号	9999999
事業所名称	

本来受領額

審査年月ごとの状況

審査年月	事業所状況欄						市町村軽減額欄	
	件数	①利用者負担総額			軽減件数	②軽減総額	軽減件数	③軽減額
			通常サービス	食費・居住費				
平成24年4月								
平成24年5月								
平成24年6月								
平成24年7月								
平成24年8月								
平成24年9月								
平成24年10月								
平成24年11月								
平成24年12月								
平成25年1月								
平成25年2月								
平成25年3月								

介護給付費のレセプトの枚数

全市町村分が表示される。（事業所全体の合計額）

様式3の合計値と一致する。

この値が市町村ごとの助成額（所要額）。

※下表（市町村の状況）から

様式4：軽減額の合計欄と一致する。

年次請求額集計欄

事業所状況欄					市町村請求欄	
④利用者負担総額の合計（①の合計）	⑤軽減総額の合計（②の合計）	軽減比率（⑤÷④）	⑥事業所負担（欄外参照）	⑦市町村助成費（⑤－⑥）	⑧市町村比率（③の合計÷⑤）	助成費請求額（⑦×⑧）
		#DIV/0!			#DIV/0!	#DIV/0!

市町村の状況（参考）

	証記載保険者番号	保険者名	実人数	軽減件数	軽減額	市町村比率（%）	助成費請求額
1	190001	市町村1				#DIV/0!	#DIV/0!
2	190002	市町村2				#DIV/0!	#DIV/0!
3	190003	市町村3				#DIV/0!	#DIV/0!
4	190004	市町				#DIV/0!	#DIV/0!
5	190005	市町				#DIV/0!	#DIV/0!
6	190006	市町村6				#DIV/0!	#DIV/0!
7	190007	市町村7				#DIV/0!	#DIV/0!
8	190008	市町村8				#DIV/0!	#DIV/0!
9	190009	市町村9				#DIV/0!	#DIV/0!
10	190010	市町村10				#DIV/0!	#DIV/0!
11	190011	市町村11				#DIV/0!	#DIV/0!
12	190012	市町村12				#DIV/0!	#DIV/0!
13	190013	市町村13				#DIV/0!	#DIV/0!
14	190014	市町村14				#DIV/0!	#DIV/0!
15	190015	市町村15				#DIV/0!	#DIV/0!
	合計					#DIV/0!	#DIV/0!

上記の入力票から自動作成される。

様式１へ転記する

⑥事業所負担の計算式（[　]でいずれも小数点以下は切り捨て）

・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（※介護予防含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・複合型サービスの時

［④利用者負担の総額　×　1%］＋［（⑤軽減総額　－［④利用者負担の総額　×　1%］）÷　2］

・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護で、軽減総額が利用者負担総額の10%以下の時

［④利用者負担の総額　×　1%］＋［（⑤軽減総額　－［④利用者負担の総額　×　1%］）÷　2］

・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護で、軽減総額が利用者負担総額の10%超の時

［④利用者負担の総額　×　1%］＋［（［④利用者負担の総額　×　10%］－［④利用者負担の総額　×　1%］）÷　2］

※1・・・・・市町村比率（%）は算出後、小数点第三位を四捨五入

【記載例】

様式３　　　　所要額調・申請時・実績報告時使用

社会福祉法人軽減事業実施計画（台帳）（総括表）

（平成　年　月審査分～平成　年　月審査分）

事業所単位で作成

事業所番号　9999999999

事業所名称　〇〇指定介護老人福祉施設

様式４：合計欄から転記

サービス種類 ： 指定介護老人福祉施設

（単位：円）

保険者番号	保険者名称	実人数 対象外者数 軽減対象者数	通常サービス 本来受領額 軽減額	食費 本来受領額 軽減額	居住費 本来受領額 軽減額	合計 本来受領額 軽減額
999999	〇〇市	8	1,653,104	832,730	1,926,140	4,411,974
		4	115,046	60,522	292,935	468,503
888888	△〇市	12	1,701,300	1,070,620	249,500	3,021,420
		1	0	32,700	23,000	55,700
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
軽減対象者がいる市町村の合計		20	3,354,404	1,903,350	2,175,640	7,433,394
		5	115,046	93,222	315,935	524,203
軽減対象者がいない市町村の合計		19	3,840,000	3,067,600	1,536,000	8,443,600
合　計		39	7,194,404	4,970,950	3,711,640	15,876,994
		5	115,046	93,222	315,935	524,203

軽減対象者がいない市町村分をまとめて記入

様式２：審査年月ごとの状況の合計値と一致する

【その他の様式】

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）

平成　　年　　月　　日

殿

所在地

申請者

名　称　　印

社会福祉法人等による利用者負担の減免を次のとおり実施するので申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="5">申請者</td><td>名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所　在　地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の職・氏名</td><td>職　　名</td><td></td><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">軽減実施事業所の状況</td><td>事業所の名称
(事業所番号)</td><td colspan="2">所　在　地
（電話番号）</td><td colspan="2">実施事業の種類</td></tr>
<tr><td>（　　）</td><td colspan="2">（郵便番号　　－　　）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>（　　）</td><td colspan="2">（郵便番号　　－　　）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>（　　）</td><td colspan="2">（郵便番号　　－　　）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>（　　）</td><td colspan="2">（郵便番号　　－　　）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">軽減事業開始年月日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

社会福祉法人等利用者負担軽減確対象認証

（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　平成　　年　　月　　日

確認番号				
受給者	住　所			
	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日	性別	男・女
介護保険被保険者番号				
適用年月日		平成　年　月　日から		
有効期限		平成　年　月　日まで		
減額割合		（対象サービス利用者負担）　／100 （食費・居住費等）　／100		
発行機関名及び印		□□□□□□　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出してください。

二　対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、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及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一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一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、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。

四　上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、居住費（滞在費）及び宿泊費に限る。）が、前面に記載されている減額割合により減額されます（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。）。

五　介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減制度の要件に該当しなくなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、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、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。

備考　この証の大きさは、縦１２８ミリメートル、横９１ミリメートルとすること。
発行機関名及び印の項内には、事業実施主体である市町村の市町村コードを記載すること。

【国要綱】

社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る
利用者負担額軽減制度事業実施要綱

1　目的

低所得で生計が困難である者及び生活保護受給者について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とするものである。

2　実施主体

市町村

3　実施方法

(1) 利用者負担の軽減を行おうとする社会福祉法人等は、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市町村の長に対してその旨の申出を行う。

(2) 軽減の対象となる費用は、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、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及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一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一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。）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（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。）に係る利用者負担額とする。

特に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いては、平成１７年１０月より食費及び居住費について介護保険の給付の対象外とされたことを踏まえ、食費及び居住費に係る利用者負担を含めて軽減を行うものとする。

(3) 軽減の対象者は、市町村民税世帯非課税であって、以下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市町村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、世帯員が一人増えるごとに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、世帯員が一人増えるごとに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。

(4) 市町村は、原則として、利用者の申請に基づき対象者であるか決定した上で、確認証を交付するものとし、申出を行った社会福祉法人等は、確認証を提示した利用者については、確認証の内容に基づき利用料の軽減を行う。

なお、旧措置入所者で利用者負担割合が５％以下の者については、軽減制度の対象としないが、

ユニット型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。また、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について軽減の対象とする。

(5) 軽減の程度は、利用者負担の１／４（老齢福祉年金受給者は１／２）を原則とし、免除は行わない。申請者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案して、市町村が個別に決定し、確認証に記載するものとする。ただし、生活保護受給者については、利用者負担の全額とする。

(6) 市町村による助成措置の対象は、社会福祉法人等が利用者負担を軽減した総額（助成措置のある市町村を保険者とする利用者負担に係るものに限る。）のうち、当該法人の本来受領すべき利用者負担収入（軽減対象となるものに限る。）に対する一定割合（おおむね１％）を超えた部分とし、当該法人の収支状況等を踏まえ、その１／２を基本としてそれ以下の範囲内で行うことができるものとする。

なお、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係る利用者負担を軽減する社会福祉法人等については、軽減総額のうち、当該施設の運営に関し本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が１０％を超える部分について、全額を助成措置の対象とするものとする。

なお、この助成額の算定については、事業所（施設）を単位として行うこととする。

4 留意事項

(1) 別添１の事業との適用関係については、まず、これらの措置の適用を行い、その後、必要に応じて、本事業に基づく社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度の適用を行うものとする。

(2) 介護保険制度における高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに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については、本事業に基づく軽減制度の適用をまず行い、軽減制度適用後の利用者負担額に着目して支給を行うものとする。その際、高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費との適用関係については、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、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスを利用する利用者負担第二段階の者のサービス費に係る利用者負担について、高額介護サービス費の見直しにより、本事業に基づく軽減を上回る軽減がなされることになるから、事業主体の負担に鑑み、当該部分について本事業の軽減の対象としないこととして差し支えない。

また、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との適用関係については、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の支給後の利用者負担額について、本事業に基づく軽減制度の適用を行うものとする。

(3) 事業主体については、この取扱いが、あくまで事業主体に負担を求めるものであることから、市町村又は社会福祉法人が実施することが基本であるが、市町村内に介護保険サービスを提供する社会福祉法人が存在していない地域等においては、当該市町村の判断により、社会福祉事業を経営する他の事業主体においても利用者負担の軽減を行い得るものとする。なお、その場合には、都道府県と協議するものとする。

(4) 平成１７年１０月より居住費・食費については介護保険の給付の対象外とされたことから、低所得者に対する十分な配慮が不可欠となっている。したがって、本事業は、すべての市町村において実施することが必要となるものであり、市町村は、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ついて、全ての社会福祉法人がこの事業に基づく軽減制度を実施するよう働きかけるものとする。

(5) 平成２５年８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所者介護（予防）サービス費の支給により居住費の利用者負担がなかった者のうち、引き続き３（３）に該当する者については、３（５）の規定にかか

わらず、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ことができる。

(6) 平成２６年４月１日施行の生活扶助基準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所者介護（予防）サービス費の支給により居住費の利用者負担がなかった者のうち、引き続き３（３）に該当する者については、３（５）の規定にかかわらず、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ことができる。

(7) 平成２７年４月１日施行の生活扶助基準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所者介護（予防）サービス費の支給により居住費の利用者負担がなかった者のうち、引き続き３（３）に該当する者については、３（５）の規定にかかわらず、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ことができる。

(8) 平成２７年度及び平成２８年度においては、自らの財務状況を踏まえて自主的に事業実施が可能である旨を申し出た社会福祉法人については、３（６）に規定する助成措置を受けることなく本事業を実施することができるものとする。この場合も、助成措置以外の実施方法は３（１）～（５）のとおりとする。