

様式

委員会規則第3条第1項に基づく届出書

平成29年9月13日

1. 執行機関の別	1: 都道府県知事・市区町村長等
	<input type="radio"/> 知事 <input checked="" type="radio"/> 市区町村長等
2. 都道府県名	北海道
3. 市区町村名	南幌町
4. 届出番号	5
5. 独自利用事務の事例番号	94-2
6. 届出書を公表しているウェブページのアドレス	http://www.town.nanporo.hokkaido.jp/seisaku/tokuteikoizinzyouhou/

執行機関名 南幌町長

介護サービス等利用者負担軽減に関する事務

1. 準ずる法定事務の名称と趣旨又は目的の内容等

	(1)法定事務	(2)独自利用事務
①事務の名称	介護保険法による保険給付の支給、地域支援事業の実施に関する事務であって主務省令で定めるもの	介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度事業の実施に関する事務であって規則で定めるもの
②番号法別表第1の項	68	
③番号法別表第2の項	94	
④番号法第9条第2項に基づき定める条例の名称及び①の該当部分		南幌町行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用に関する条例(平成27年12月11日条例第21号) 別表第1 第5の項 介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度事業の実施に関する事務であって規則で定めるもの
⑤事務の趣旨又は目的が規定されている箇所	介護保険法第一条(平成九年十二月十七日法律第百二十三号)	南幌町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軽減制度事業実施要綱第一条第二項
⑥事務の趣旨又は目的	第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。	前項に定める事業は、要介護者等のうち生計困難と認められる者(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都道府県及び当町に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に伴う利用者負担の一部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。
⑦独自利用事務の関連規範		南幌町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軽減制度事業実施要綱

○南幌町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軽減
制度事業実施要綱

平成12年4月1日要綱

改正

平成17年9月27日告示第33—3号

平成18年4月1日告示第9—2号

平成18年6月29日告示第20—1号

平成27年7月1日告示第59号の3

平成28年3月31日告示第30号

南幌町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軽減
制度事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険の円滑な実施のための特別対策として実施する低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度のうち「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軽減制度事業」（平成12年5月1日付け老発第474号厚生省老人保健福祉局長通知別添2の事業。以下「事業」という。）の実施のために必要な事項を定める。

2 前項に定める事業は、要介護者等のうち生計困難と認められる者（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都道府県及び当町に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に伴う利用者負担の一部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。

(定義)

第2条 この要綱における用語の定義は、次の各号に定めるところによる。

(1) 要介護者等 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第7条第3項に規定する要介護認定を受けた被保険者及び法第7条第4項に規定する要支援認定を受けた被保険者（生活保護受給者を除く。）をいう。

(2) 町民税非課税世帯 当該年度（4月から7月においては前年度）における町民税が世帯主及びすべ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

額及び法第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。

- (4) 介護福祉施設サービス 法第8条第26項に規定する介護福祉施設サービスをいう。
- (5) 訪問介護 法第8条第2項に規定する訪問介護をいう。
- (6) 通所介護 法第8条第7項に規定する通所介護をいう。
- (7) 短期入所生活介護 法第8条第9項に規定する短期入所生活介護をいう。
- (8) 夜間対応型訪問介護 法第8条第16項に規定する夜間対応型訪問介護をいう。
- (9) 認知症対応型通所介護 法第8条第18項に規定する認知症対応型通所介護をいう。
- (10) 小規模多機能型居宅介護 法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護をいう。
- (11) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 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をいう。
- (12) 介護予防訪問介護 平成29年4月1日前に行われた旧（平成27年4月1日改正前）法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護をいう。
- (13) 介護予防通所介護 平成29年4月1日前に行われた旧（平成27年4月1日改正前）法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護をいう。
- (14) 介護予防短期入所生活介護 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をいう。
- (15) 介護予防認知症対応型通所介護 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をいう。
- (16) 介護予防小規模多機能型居宅介護 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をいう。
- (17) 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。
- (18) 利用者負担額 法に定める介護費用の10%相当の利用者負担額（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適用を受けている場合は適用後の利用者負担額）をいう。
- (19) 食費、居住費、滞在費及び宿泊費 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第61条、第65条の3、第79条及び第85条の3に規定する食事の提供に要する費用、居住に要する費用、滞在に要する費用及び宿泊に要する費用をいう。
- (20) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 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をいう。
- (21) 複合型サービス 法第8条第23項に規定する複合型サービスをいう。

(22) 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 法第115条の45第1項第1号イに規定する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をいう。

(23) 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 法第115条の45第1項第1号ロに規定する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をいう。

(24) 地域密着型通所介護 法8条第17項に規定する地域密着型通所介護をいう。

(対象者)

第3条 第1条第2項に規定する軽減対象者は、南幌町が行う介護保険の要介護者等（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者及び旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者を除く。）であり、かつ、町民税非課税世帯に属し、次の各号全てに該当する者のうち、その者の収入、世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計の維持が困難な者と町長が認めた者とする。

(1) 年間収入が単身世帯で150万円、その他の世帯で150万円に世帯主以外の世帯員1人当たり50万円を加えて得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、その他の世帯で350万円に世帯主以外の世帯員1人当たり100万円を加えて得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条第2項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事業に係る利用者負担の軽減を行うことを当該法人の所轄庁（以下「所轄庁」という。）に申し出たもの。

(2) 町が直接経営する事業所であって当事業に係る利用者負担の軽減を行うことを当該法人の所轄庁に協議したもの。

(対象サービス及び軽減内容)

第5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、前条に規定する軽減法人等が行う次のサービス（第1号から第3号、第5号から第7号、第9号から第15号及び第18号のサービスにあつては、区分支給限度基準額を超えないものに限る。また、第16号及び第17号のサービスにあつては、自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）とする。

- (1) 訪問介護
- (2) 通所介護
- (3) 短期入所生活介護
- (4) 介護福祉施設サービス
- (5) 夜間対応型訪問介護
- (6) 認知症対応型通所介護
- (7) 小規模多機能型居宅介護
- (8) 地域密着型介護老人福祉施設における地域密着型施設サービス
- (9) 介護予防訪問介護
- (10) 介護予防通所介護
- (11) 介護予防短期入所生活介護
- (12) 介護予防認知症対応型通所介護
- (13) 介護予防小規模多機能型居宅介護
- (14) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (15) 複合型サービス
- (16) 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
- (17) 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
- (18) 地域密着型通所介護

2 軽減の対象とする費用及び軽減割合は、前項に掲げる対象サービスにつき、それぞれ別表に掲げるとおりとする。

3 第3条の規定にかかわらず、旧措置入所者で利用者負担割合が5パーセント以下の者については、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額に限り軽減の対象とする。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。

(申請)

第6条 第3条に規定する確認を受けようとする軽減対象者は、利用者負担の軽減を受けようとする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1号)に収入額が確認できる書類等を添えて町長に提出するものとする。ただし、公簿等で確認できるものはこの限りでない。

2 前項において、指定する日までに申請することができなかったことにつき、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する場合は、同項中「利用する日の7日前までに」とあるのは、「利用した日後、速やかに、」と読み替えるものとする。

（認定）

第7条 町長は、前条の申請を受理したときは、第3条各号に掲げる軽減対象者への該当の有無を審査決定のうえ、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（様式第2号）により、その結果を申請者に通知するものとする。

2 町長は、前項の規定により軽減対象者として承認した場合は、当該申請者に対し、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（様式第3号）を交付するものとする。

（確認証の有効期限）

第8条 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（当該申請のあった日の属する月が4月から7月までの場合にあつては、当該年度）の7月31日までとする。

（確認証の譲渡等の禁止）

第9条 確認証の交付を受けた者は、当該確認証を他人に譲渡し、又は貸与してはならない。

（確認証の再交付）

第10条 確認証の交付を受けた者は、確認証を紛失し、汚損し、又は破損したときは、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書（様式第4号）を町長に提出し、確認証の再交付を申請することができる。この場合において、確認証を汚損し、又は破損したときは、当該申請書に確認証を添えなければならない。

（確認証の返還）

第11条 確認証の交付を受けた者が当町が行う介護保険の被保険者資格を喪失した場合又は第3条に規定する軽減対象者に該当しなくなった場合若しくは有効期限に至った場合は、当該確認証を速やかに町長に返還しなければならない。

（確認証の提示）

第12条 軽減対象者は、対象サービスを利用する場合、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6条第2項に定める場合は、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た場合は、確認証が交付された後速やかに提示するものとする。

（利用者負担額）

第13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とこ

ろ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14条 偽りその他不正な行為によってこの要綱に基づく対象サービスに係る利用者負担の軽減を受けた者があるときは、町長は、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15条 町長は、軽減法人等がこの要綱に基づき軽減対象者に対象サービスに係る利用者負担の軽減を行った場合、軽減に要した費用から当該軽減法人等が本来受領すべき利用者負担収入に1パーセントを超えた部分を対象とし、その2分の1以下の額を助成するものとする。

2 前項の助成額は、軽減法人等の収支状況等を総合的に勘案し決定することとし、状況により助成しない場合もあることとする。

3 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に係る利用者負担を軽減する軽減法人等については、第1項の規定にかかわらず、軽減に要した費用のうち、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パーセントを超える部分について、その全額を助成の対象とするものとする。

4 助成額の算定については、事業所（施設）を単位として行うものとする。

(他制度との適用関係)

第16条 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（以下「高額サービス費」という。）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行い、その軽減制度の適用後の利用者負担額について高額サービス費の支給を行うものとする。

2 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、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ため、当該部分について本事業の軽減としないこととして差し支えないものとする。

3 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。また、短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、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、居住費及び滞在費の軽減制度の適用については、特定入居者介護サービス費又

は特定入居者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。

(委任)

第17条 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

- 1 この要綱は、公布の日から施行し、平成12年4月1日から適用する。
- 2 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であつて、廃止時点において本要綱に基づく軽減又は特定入所者介護サービス費若しく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者負担がなかった者のうち、引き続き第3条の規定に該当する者については、第5条の規定にかかわらず、軽減の額を、居住費以外に係る利用者負担額についてはその4分の1（老齢福祉年金受給者については、2分の1）に相当する額とし、居住費に係る利用者負担額についてはその全額とする。

附 則（平成17年9月27日告示第33—3号）

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成17年10月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 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額の軽減措置に係る実施要綱の規定は、平成17年10月以後に提供される介護サービスについて適用し、平成17年9月以前に提供された介護サービスについては、なお従前の例による。

附 則（平成18年4月1日告示第9—2号）

改正

平成18年6月29日告示第20—1号

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

(平成17年度税制改正に伴う特例措置)

- 2 地方税法等の一部を改正する法律（平成17年度法律第5号）又は南幌町税条例の一部を改正する条例（平成17年度条例第35号）の施行に伴い、年齢が65歳以上の者のうち前年の合計所得額が125万円以下の者に対する個人の市町村民税の非課税措置が廃止されたために、利用者負担段階が第3段階から第4段階に上昇する者に関しては、第3条各号列記以外の部分中「町民税非課税世帯」とあるのは「介護保険法施行令の一部を改正する政令（平成18年政令第154号）附則第23条第3項に規定する特定被保険者（同条第1項及び第2項に該当する者を除く。）」と、同条第1号

中「150万円」とあるのは「190万円」と、別表（第5条関係）中「4分の1（老齢福祉年金受給者については2分の1）」とあるのは「8分の1」と読み替えるものとし、軽減の対象とする費用は、利用者負担額並びに食費、居住費及び滞在費に係る利用者負担額（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、基準費用額）とする。

3 前項の規定は、平成18年7月1日から平成20年6月30日までの間に提供される介護サービスに限り適用する。

附 則（平成18年6月29日告示第20—1号）

（施行期日）

1 この要綱は、平成18年7月1日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱による改正後の南幌町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軽減制度事業実施要綱の規定は、平成18年7月以後に提供される介護サービスについて適用し、平成18年6月以前に提供された介護サービスについては、なお従前の例による。

附 則（平成27年7月1日告示第59号の3）

（施行期日）

この要綱は、平成27年7月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日告示第30号）

（施行期日）

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

別表（第5条関係）

対象サービス	軽減対象費用	軽減額
訪問介護、介護予防訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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	利用者負担額	左記経費の4分の1（老齢福祉年金受給者については2分の1）に相当する額、生活保護受給者は個室の居住費に限り
通所介護、介護予防通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業、地域	利用者負担額及び食費	10分の10に相当する額

密着型通所介護		
短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護	利用者負担額、食費及び滞在費	
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	利用者負担額、食費及び居住費（利用者負担第2段階の者の利用者負担額は対象としない。）	
小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、複合型サービス	利用者負担額、食費及び宿泊費（利用者負担第2段階の者の利用者負担額は対象としない。）	

様式第1号

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		保険者番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒		電話番号						

特別養護老人ホーム旧措置入所者該当の有無	有 ・ 無	生活保護受給の有無	有 ・ 無
----------------------	-------	-----------	-------

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 構 成	世帯主			
	世帯員			

南幌町長 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。
 年 月 日
 住所
 申請者 電話番号
 氏名

同 意 書

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認に当たり、私と私の同一世帯員の住民税課税台帳を閲覧することに同意します。

申請者氏名 印

※前年の収入が確認できる書類及び預金通帳の写しを添付して下さい。

町記入欄

交付年月日	課 税 状 況 等			
年 月 日	住民税世帯課税状況	老福受給	収入状況	預貯金等区分
適用年月日	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> その他()	有 無	<input type="checkbox"/> 150万円以下 <input type="checkbox"/> 150万円超	<input type="checkbox"/> 350万円以下 <input type="checkbox"/> 350万円超
年 月 日 から	決 定 事 項			
有効期限	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 住民税世帯非課税者 <input type="checkbox"/> その他()	対象 サー ビス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設
年 月 日 まで				軽減割合 1 / 2 ・ 1 / 4

【裏面の軽減該当チェックシートを参照してください】

軽減該当チェックシート（該当する項目に印をつけてください。）

<p>1 収入要件チェックシート</p> <p>① あなたの収入内訳を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 年金収入（遺族・障害者年金を含む） <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他</p> <p>② あなたは単身世帯ですか？ はい・いいえ</p> <p>（はいの場合） <input type="checkbox"/> 年収は①を含んで150万円以下ですか？ はい・いいえ</p> <p>（いいえの場合） <input type="checkbox"/> 世帯収入の要件に該当しますか？ 該当・非該当</p> <p><input type="checkbox"/> 2人世帯 200万円以下 <input type="checkbox"/> 3人世帯 250万円以下</p> <p><input type="checkbox"/> 4人世帯 300万円以下 <input type="checkbox"/> それ以上 万円以下</p> <p>※世帯員1人増えるごとに50万円加算した額以下</p> <p>該当の場合、2の①～②、④へ進んでください。</p>	
<p>2 預貯金等要件チェックシート</p> <p>① 預貯金等がありますか？ はい・いいえ</p> <p>（はいの場合は写しを添付してください。下記の②を含みます。）</p> <p>② 有価証券・債券等がありますか？ はい・いいえ</p> <p>③ その額は単身世帯で350万円以下ですか？ はい・いいえ</p> <p>（はいの場合は、3へ進んでください。）</p> <p>④ 世帯預貯金等の要件に該当しますか？ 該当・非該当</p> <p><input type="checkbox"/> 2人世帯 450万円以下 <input type="checkbox"/> 3人世帯 550万円以下</p> <p><input type="checkbox"/> 4人世帯 650万円以下 <input type="checkbox"/> それ以上 万円以下</p> <p>※世帯員1人増えるごとに100万円加算した額以下</p> <p>該当の場合、3へ進んでください。</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">はい、いいえ・非該当の場合、該当しませんが、申請書の提出は必ずしてください。</p>
<p>3 日常生活に供する資産以外に活用できる資産はありませんか？ はい・いいえ</p> <p>（土地、貸家、アパート等）</p> <p>（はいの場合、4へ進んでください。）</p>	
<p>4 負担能力のある親族等に扶養されていませんか？ はい・いいえ</p> <p>（町民税の控除対象者並びに医療保険の被扶養者となっていないこと）</p> <p>（はいの場合、5へ進んでください。）</p>	
<p>5 介護保険料の滞納はありませんか？ はい・いいえ</p>	
<p>全て、はいの場合は申請書の提出が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書等の添付はありますか？ はい・いいえ</p>	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>上記のとおりであることを確約いたします。</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印 _____</p>	

様式第2号

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

文 書 番 号
年 月 日

様

南幌町長

印

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。

被保険者氏名	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

決定年月日	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	年	月	日
年	月	日		

決 定 事 項																
1 承認する	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">適用年月日</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 30%;">(承認内容)</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>確認番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	適用年月日	年	月	日	(承認内容)	有効期限	年	月	日		確認番号				
適用年月日	年	月	日	(承認内容)												
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

・ 不服の申立て

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に南幌町長に審査請求をすることができます。

様式第3号

(表面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> 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) </div>	
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 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 (軽減割合)	
発行機関名 及び印	

(裏面)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> 1 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業所に提出して下さい。 2 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、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、看護小規模多機能型居宅介護、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。 3 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業所のみ有効です。 4 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、前面に記載されているそれぞれの減額割合により減額されます。 5 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置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、この証を市町村に返して下さい。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。 6 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。 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪とし懲役の処分を受けます。

○ 証の大きさ

縦 128ミリ

横 91ミリ

様式第4号

文 書 番 号
年 月 日

南幌町長 様

申請者 住所

氏名 ㊟

電話番号

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

確認証番号		第 号	
対象者	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
再交付申請理由	1 破損（汚損） 2 紛失 3 その他（ ）		

(A4)