

## 香芝市告示第261号

香芝市社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置に係る実施要綱を次のように定める。

令和7年12月26日

香芝市長 三橋和史

### 香芝市社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置に係る実施要綱 (趣旨)

第1条 この要綱は、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の軽減制度に係る助成事業の実施について必要な事項を定めるものとする。  
(事業の目的)

第2条 前条に定める事業は、要介護被保険者等のうち生計困難と認められる者及び生活保護受給者（以下「軽減対象者」という。）が利用者負担の軽減を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。）が提供する介護保険サービスを利用する場合に、軽減法人等が軽減対象者の介護保険サービスの利用に伴う利用者負担を軽減し、香芝市（以下「市」という。）が当該軽減法人等に対して軽減に要した費用の一部を助成することにより、軽減対象者の生活の安定及び介護保険の円滑な実施に資することを目的とする。

#### (定義)

第3条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 要介護被保険者等 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく要介護認定又は要支援認定を受けた被保険者をいう。
- (2) 市民税非課税世帯 申請年度（申請が4月から6月までの場合にあっては、前年度）における市民税が世帯主及び全ての世帯員について課されていない世帯又は免除されている世帯をいう。
- (3) 利用者負担第3段階 市民税非課税世帯であって、合計所得金額（マイナスとなった合計所得金額については、0円とする。）と課税年金収入額の総額が年額80万円を超える者をいう。
- (4) 利用者負担第2段階 市民税非課税世帯であって、合計所得金額（マイナスとなった合計所得金額については、0円とする。）と課税年金収入額の総額が年額80万円以下の者をいう。
- (5) 区分支給限度基準額 法第43条第2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をいう。

- (6) 介護福祉施設サービス 法第8条第27項に規定する介護福祉施設サービスをいう。
- (7) 訪問介護 法第8条第2項に規定する訪問介護をいう。
- (8) 通所介護 法第8条第7項に規定する通所介護をいう。
- (9) 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。
- (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) 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。
- (12) 生活保護受給者 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている者をいう。
- (13) 利用者負担額 法第8条第1項に規定する居宅サービス又は同条第26項に規定する施設サービスに係る10パーセント相当の利用者負担額をいう。
- (14) 日常生活費 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第61条、第79条及び第84条に規定する日常生活に要する費用をいう。
- (15) 指定居宅介護支援事業者 法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。

(軽減対象者)

第4条 軽減対象者は、市が行う介護保険の要介護被保険者等（旧措置入所者で利用者負担が5パーセント以下の者については対象としないが、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であって、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。）で、市民税非課税世帯に属する者であって、次の各号のいずれにも該当する者のうち、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、生計が困難な者として市長が確認したもの及び生活保護受給者とする。

- (1) 年間収入が単身世帯で80万円、世帯員が1人増えるごとに40万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80万円、世帯員が1人増えるごとに40万円を加算した額以下であること。
- (3) 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。
- (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。

2 ユニット型個室及びユニット型準個室に入所している者にあっては、前項

第1号及び第2号中「80万円」とあるのは「150万円」と、「40万円」とあるのは「50万円」と読み替えるものとする。

(軽減法人等)

第5条 軽減法人等は、次の各号のいずれかに該当するもののうち、当該法人等を所管する都道府県及び所在地の市町村に対し、利用者負担の軽減の申出をしたものとする。

- (1) 社会福祉法人
- (2) 社会福祉法人以外の法人であって、市の区域を通常の事業実施区域とする社会福祉法人の事業所又は施設が存しない等のため、軽減対象となる介護保険サービスに係る利用者負担の軽減を行うことを市長が特に認めたもの

(対象サービス及び軽減内容)

第6条 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、次に掲げるサービス（第2号から第5号までのサービスにあっては、区分支給限度基準額を超えないものに限る。）とする。

- (1) 介護福祉施設サービス
- (2) 訪問介護
- (3) 通所介護
- (4) 短期入所生活介護
- (5) 小規模多機能型居宅介護

2 軽減の対象とする費用及び利用者負担の減額割合は、対象サービスに応じ、それぞれ別表に掲げるとおりとする。

(適用除外)

第7条 前条の規定にかかわらず、訪問介護に係る利用者負担額の軽減措置の適用を受ける者については、同条第1項第2号に規定する訪問介護に係る利用者負担の軽減を行わない。

(申請)

第8条 第4条第1項に規定する確認を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 前年の収入額を証明する書類（源泉徴収票（年金又は給与）、年金証書、確定申告書等の写し）
- (2) 預貯金の額を証明する書類（名義及び残高が分かる全ての預金通帳、残高証明書等の写し）

- (3) 収入状況等自己申告書（第2号様式）
- (4) 生活保護を受給していることを証明する書類（生活保護受給者に限る。）  
(決定及び確認証の交付)

第9条 市長は、前条に規定する申請書を受けたときは、その内容を審査し、申請者の軽減対象者の承認又は不承認を決定し、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（第3号様式）により通知するものとする。

2 市長は、申請者を軽減対象者として認めた場合は、社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証（第4号様式。以下「確認証」という。）を申請者に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、申請のあった日の属する月の1日から、申請のあった日の属する年度の翌年度の6月30日までとする。ただし、当該申請が4月1日から6月30日までにあったときは、当該年度の6月30日までとする。

（確認証の返還）

第11条 確認証の交付を受けた者が、市が行う介護保険の被保険者の資格を喪失したとき、第4条第1項に規定する軽減対象者の要件に該当しなくなつたとき、又は確認証の有効期間が満了したときは、遅滞なく、当該確認証を市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、指定居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼したとき、又は軽減法人等の事業所又は施設（以下「軽減事業所等」という。）による介護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。

（利用者負担）

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 偽りその他不正の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、市長は、軽減法人等と協議の上、その者から当該軽減額の全部又は一部を軽減法人等に返還するよう求めるものとする。

（公費助成）

第15条 軽減法人等がこの要綱に基づき軽減対象者に利用者負担の軽減を行った場合は、当該軽減額の総額から軽減法人等が本来受領すべき利用者負担に係る収入額（軽減対象となる介護保険サービスに関するものに限る。以下この項において「利用者負担収入額」という。）の1パーセントに相当する金額を控除した額に2分の1を乗じて得た額を助成するものとする。ただし、介護老人福祉施設に係る利用者負担の軽減を行った場合は、当該軽減総額から当該軽減法人等が本来受領すべき利用者負担収入額の10パーセントに相当する金額を控除した額を全額助成するものとする。

2 前項の規定による助成額の算定は、軽減事業所等を単位として行う。

（譲渡又は担保の禁止）

第16条 この要綱による利用者負担額の軽減を受ける権利は、他人に譲渡し、又は担保に供してはならない。

（その他）

第17条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に香芝市社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置に係る実施要綱（平成17年10月1日施行。以下「旧要綱」という。）の規定により軽減対象者の確認の申請をし、又はその決定を受けている者は、この要綱の規定により軽減対象者の確認の申請をし、又はその決定を受けている者とみなす。

3 この要綱の施行の際現に旧要綱第9条第2項の規定により交付を受けていた社会福祉法人等利用者負担軽減確認証は、この要綱の第9条第2項により交付を受けた社会福祉法人等利用者負担軽減確認証とみなす。

別表（第6条関係）

対象サービス	軽減対象費用	減額割合
介護福祉施設 サービス	<p>(1) 生活保護受給者 日常生活費のうち個室の居住費（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）に係る利用者負担額</p> <p>(2) 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のうちユニット型個室の入居者 日常生活費のうちユニット型個室の居住費（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）に係る利用者負担額</p> <p>(3) 利用者負担第2段階の者 日常生活費のうち食費及び居住費（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）に係る利用者負担額</p> <p>(4) 上記以外の者 対象サービスに係る利用者負担額並びに日常生活費のうち食費及び居住費（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）に係る利用者負担額</p>	100／100 25／100（老 齢福祉年金受 給者は、50／ 100）
訪問介護	対象サービスに係る利用者負担額	
通所介護	対象サービスに係る利用者負担額及び日常生活費のうち食費に係る利用者負担額	
短期入所生活 介護	<p>(1) 生活保護受給者 日常生活費のうち滞在費（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）に係る利用者負担額</p> <p>(2) 上記以外の者</p>	100／100 25／100（老

	対象サービスに係る利用者負担額並びに日常生活費のうち食費及び滞在費（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）に係る利用者負担額	齢福祉年金受給者は50／100)
小規模多機能型居宅介護	対象サービスに係る利用者負担額並びに日常生活費のうち食費及び宿泊費に係る利用者負担額	

備考 この表において「基準費用額」とは、介護保険法第 51 条の 3 第 2 項第 1 号及び第 61 条の 3 第 2 項第 1 号に規定する特定介護保険施設等及び特定介護予防サービス事業者における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額（平成 17 年厚生労働省告示第 411 号）及び介護保険法第 51 条の 3 第 2 項第 2 号に規定する特定介護保険施設等における居住等に要する平均的な費用の額及び施設の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額並びに同法第 61 条の 3 第 2 項第 2 号に規定する特定介護予防サービス事業者における滞在に要する平均的な費用の額及び事業所の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額（平成 17 年厚生労働省告示第 412 号）において定められた額をいう。

第1号様式（第8条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電話番号

次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。

被保険者番号					
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
フ リ ガ ナ					
被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
生 年 月 日	年 月 日				
利用サービス	1 特別養護老人ホーム（旧措置入所者に <input type="checkbox"/> 該当する。 <input type="checkbox"/> 該当しない。） 個室の種別（ <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型準個室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室） 2 在宅サービス（訪問介護の経過措置に <input type="checkbox"/> 該当する。 <input type="checkbox"/> 該当しない。）				
利用者負担額 軽減申請理由					
		氏 名	生 年 月 日	性 別	
世 帯 構 成	世帯主	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	世帯員	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

備考 主として世帯の生計を維持する者にチェックを入れてください。

## 第2号様式（第8条関係）

### 収入状況等自己申告書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

生 年 月 日

代筆者 氏名

申請者との続柄

私は、香芝市社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置に係る実施要綱第4条第1項の規定に該当すると見込まれますので、資産等の状況について、次のとおり申告します。

#### 1 申請者の収入、預金等の状況

前年中の収入状況	前年中の収入合計額	現在の預貯金等の額
<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 恩給		
<input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	円

仕送りによる収入がある場合は、仕送りをした者の情報を記入してください。

住 所	氏 名	電 話 番 号	申請者との続柄

#### 2 申請者の属する世帯の世帯構成員の収入額、預貯金等の状況

氏 名	続柄	前年中の収入状況	前年中の収入合計額	現在の預貯金等の額
		<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	円
		<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	円
		<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	円

#### 3 資産の状況（申請者の属する世帯の世帯構成員も含む。）

		所 在 地	所有者 氏名	延 面 積	備 考
土地	宅 地				
	田 畑 そ の 他				
物	居住用の持家				
	そ の 他				

4 その他の資産の状況（申請者の属する世帯の世帯構成員も含む。）

所有者	資産（自動車、貴金属等）	車種等	使用状況	評価概算額
				円
				円
				円

5 申請者の生活状況

6 同意事項

- 申告内容について関係公簿等を調査し、関係機関に照会することに同意します。
- 申告内容について訪問調査を行うことがあることに同意します。
- 申告内容について虚偽の申告をしたときは、香芝市社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置に係る実施要綱第14条の規定により、軽減額の全部又は一部を返還するよう求められることに同意します。

添付書類

- 前年の収入額を証明する書類（源泉徴収票（年金又は給与）、年金証書、確定申告書等の写し）
- 預貯金の額を証明する書類（名義及び残高が分かる全ての預金通帳又は残高証明書等の写し）
- 収入状況等自己申告書（第2号様式）
- 生活保護を受給していることを証明する書類（生活保護受給者に限る。）

### 第3号様式（第9条関係）

第 号  
年 月 日

様

香芝市長

印

#### 社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書

年 月 日付けで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、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	
決定区分	<p><input type="checkbox"/> 次のとおり承認します。</p> <p>確認番号</p> <p>有効期間 年 月 日から 年 月 日まで</p> <p>承認内容</p>
	<p><input type="checkbox"/> 次の理由により不承認とします。</p> <p>理由</p>

#### （教示）

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、香芝市長に対して審査請求することができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第4号様式（第9条関係）

<p>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)</p>	
交付年月日 年 月 日	
受 給 者	被保険者番号
	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日 年 月 日
確認番号	
有効期間 年 月 日から 年 月 日まで	
減額割合	
発行機関名 及び 印	