

長岡京市社会福祉法人等利用者負担軽減事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、要介護被保険者又は居宅要支援被保険者のうち、低所得者で生計が困難である者及び生活保護受給者が、社会福祉法人等が事業を行う指定居宅サービス事業者又は介護保険施設を利用した際、利用者負担の軽減を受けるために必要な事項を定めるものとする。

(軽減の対象となる費用)

第2条 軽減の対象となる費用は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）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、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。以下「居住費等」という。）に係る利用者負担額とする。

2 前項の規定にかかわらず、利用者負担割合が5%以下の旧措置入所者については、同項に掲げる費用のうちユニット型個室の居住費等のみを軽減の対象とし、生活保護受給者については、個室の居住費等のみを対象とする。

(対象者)

第3条 利用者負担の軽減対象者（以下「対象者」という。）は、市町村民税非課税世帯に属する者であって、次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、利用者負担等を統括的に勘案し、生計が困難な者として市長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1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1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。

(申請及び認定)

第4条 前条の規定に該当する対象者であって利用者負担の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（第1号様式）を市長へ提出しなければならない。

2 前条の第1号から第5号に該当する者は、前項の申請書に収入申告書（第2号様式又は第3号様式）を添付するものとする。

3 第1項の申請は、被保険者証を提示して行うものとする。

4 市長は、第1項の規定により申請した者が、前条に規定する対象者であると認めるときは、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（第4号様式）により通知するとともに、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（第5号様式。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

(軽減の程度)

第5条 この要綱により軽減する費用の割合は、4分の1（老齢福祉年金受給者は2分の1）とする。ただし、生活保護受給者については、個室の居住費等に係る利用者負担の全額とする。

(確認証の有効期限)

第6条 確認証の有効期間は、申請のあった日の属する年度の翌年度の5月31日までとする。ただし、申請のあった日の属する月が4月及び5月のときは、当該年度の5月31日までとする。

(確認証の提示)

第7条 前条の規定により確認証の交付を受けた者は、指定居宅サービス事業者等から介護サービスを受ける際に、当該事業者等に確認証を提示しなければならない。

(確認証の再交付)

第8条 対象者は、確認証が破れ、汚れ、又は紛失したときは、社会福祉法人等利用者負担減免確認申請書（第1号様式）により、市長に確認証の再交付を申請することができる。

2 対象者は、確認証が破れ、又は汚れた場合において、前項の申請をするときは、同項の申請書に当該確認証を添えなければならない。

3 対象者は、確認証を紛失したため再交付を受けた場合において、紛失した確認証を発見したときは、発見した確認証を速やかに市長に返還しなければならない。

(記載事項等の変更)

第9条 対象者は、被保険者の記載事項等に変更が生じたときは、速やかに市長に届け出なければならない。

(更新)

第10条 対象者は、毎年4月1日から同月30日までの間に第4条に規定する申請書を提出することにより、市長に確認証の更新を申請することができる。

(確認証の返還)

第11条 確認証の交付を受けた者が、対象者でなくなったときは、速やかに確認証を市長に返還しなければならない。

(譲渡又は担保の禁止)

第12条 この要綱による利用者負担の軽減を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(特例措置)

第13条 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、引き続き第3条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。

(委任)

第14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

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年5月1日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

ふりがな 被保険者氏名			確認番号	
			被保険者番号	0000
			個人番号	
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女
住 所			電話番号	
利用者負担額 減免申請理由				
氏 名	生 年 月 日	生計中心者に ○を付けて ください。		
世帯 構成	世帯主	年 月 日		
	世帯員	年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
<p>長岡京市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。</p> <p>なお、確認に必要な私の属する世帯にかかる市町村民税に関する調査を市が行うことについて承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p>申 請 者 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p>				

- 【添付書類】 ※ 介護保険被保険者証
- ※ 世帯全員に市町村民税の課税状況が確認できる書類（当該年1月1日に本市に住民登録がない場合）
- ※ 預貯金等の金額がわかる書類（預貯金通帳等の写し）

[市記入欄]

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況等)
適用年月日	
年 月 日～	
有効期間	
～ 年 月 日	

収入申告書

年 月 日

長岡京市長 様

住 所 _____
 氏 名 _____
 被保険者番号 0000 _____
 生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年中の収入（資産）等について、下記のとおり申告します。

1. 年金収入		円
	年 金	円
	年 金	円
2. 就労収入 (給与や事業等で得た 年中の収入額)		円
	仕事の内容 :	円
	仕事の内容 :	円
3. その他の収入 (上記1、2以外で得た 年中の収入額)		円
	種 類 :	円
	種 類 :	円
収 入 合 計 額		円
4. 預貯金等について	本人 :	円
	(世帯人数 人) 世帯合計額	円
5. 居住用資産以外に活用できる資産の有無	あ る ・ な い	
6. 扶養が可能な親族の有無	い る ・ い ない	

※ 年金等決定通知書等収入が確認できる書類を添付してください。

第3号様式

収入状況確認書

年度

長岡京市長 様

受付印

年 月 日 提出

フリガナ		電話番号
氏名		-
現住所	〒	
の 年1月1日 住 所		

①収入金額等

収入の区分		年1月から12月までの収入金額を記入してください。	
		本人	世帯員
1. 給与収入		円	円
2. 営業収入、3. 農業収入、4. その他事業収入 (該当する収入に○印をしてください)		円	円
5. その他の収入 (年金を除く)		円	円
6. 年金 (該当する年金に○印をしてください)	厚生年金	円	円
	国民年金	円	円
	共済年金	円	円
	遺族・障害・老齢福祉	円	円
	恩給・公務扶助料・母子・寡婦・傷病	円	円
7. 長期・短期譲渡収入		円	資産の種類 ① 土地・建物等 ② その他の資産

② 収入のない人(世帯)に関する事項

イ. 右記の人に扶養(援助)されていた。氏名() 続柄()
 ロ. 生活保護を受けていた。(期間)
 ハ. その他()

○ 以下は記入しないでください。

被保険者番号				世帯員数	収入合計	自己負担割合
0	0	0	0	人	円	負担
					預貯金等	
					円	