

小美玉市告示第182号

小美玉市生活困窮者に係る社会福祉法人等が提供する介護保険サービス利用者負担軽減助成事業実施要綱を次のように定める。

令和8年7月1日

小美玉市長 島田 幸三

小美玉市生活困窮者に係る社会福祉法人等が提供する介護保険サービス利用者負担軽減助成事業実施要綱

目次

第 1 章 総則（第 1 条）

第 2 章 定義（第 2 条－第 3 条）

第 3 章 生活困窮者の負担軽減及び対象サービスの利用（第 4 条－第 12 条）

第 4 章 社会福祉法人等に対する補助等（第 13 条－第 20 条）

第 5 章 雑則（第 21 条）

附則

第 1 章 総則

（趣旨）

第 1 条 この告示は、社会福祉法人等（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）に基づくサービスを提供する事業所又は施設の所在地である都道府県知事及び小美玉市長に対して利用者負担の軽減制度を実施する旨の申出をした社会福祉法人又は小美玉市長が利用者負担を軽減する必要があると判断した社会福祉事業を経営する他の事業主体をいう。以下同じ。）が行う法に基づくサービスを利用する生活困窮者に対し、対象とするサービス（以下「対象サービス」という。）に係る負担軽減を目的とし当該利用にあたり負担する額（以下「利用者負担額」という。）に対し、助成することに関わる事業の実施（以下「実施事業」という。）について、小美玉市補助金等交付規則（平成 18 年小美玉市規則第 41 号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

第 2 章 定義

（対象サービス）

第 2 条 前条に規定する対象サービスは、次に掲げるサービスをいう。

- (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) 介護福祉施設サービス
 - (12) 介護予防短期入所生活介護
 - (13) 介護予防認知症対応型通所介護
 - (14) 介護予防小規模多機能型居宅介護
 - (15) 第1号訪問事業のうち介護予防訪問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。）
 - (16) 第1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。）
- （利用者負担額）

第3条 第1条に規定する利用者負担額とは、次の各号に掲げる対象サービスの区分に応じ、それぞれ当該各号に定める額をいう。

- (1) 訪問介護及び第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業 当該対象サービスに係る利用者が負担する額
- (2) 通所介護及び第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 当該対象サービス及び食費に係る利用者が負担する額
- (3) 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護 当該対象サービス、食費及び滞在費に係る利用者が負担する額
- (4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 当該対象サービスに係る利用者が負担する額
- (5) 夜間対応型訪問介護 当該対象サービスに係る利用者が負担する額

- (6) 認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護 当該対象サービス及び食費に係る利用者が負担する額
- (7) 小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護 当該対象サービス、食費及び宿泊費に係る利用者が負担する額
- (8) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び介護福祉施設サービス 当該対象サービス、食費及び居住費に係る利用者が負担する額
- (9) 複合型サービス 当該対象サービス、食費及び宿泊費に係る利用者が負担する額

第3章 生活困窮者の負担軽減及び対象サービスの利用 (対象者)

第4条 実施事業の対象者（以下「対象者」という。）は、法第62条に規定する要介護被保険者又は居宅要支援被保険者であって、次の各号のいずれにも該当するもののうち、収入が少ない等で生計が困難なものとして市長が認めた者又は被保護者とする。

- (1) 対象サービスを受けた月の属する年度（対象サービスを受けた月が4月から7月までの場合には、前年度）の住民税が非課税の世帯（世帯内全ての者の住民税が非課税であることをいう。）に属する者
- (2) 対象サービスを受けた月の属する年の前年（対象サービスを受けた月が1月から7月までの場合には、前々年）の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) 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。
- (5) 当該費用の負担能力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又は介護保険被保険者証（以下「被保険者証」という。）に法第69条第1項の規定による給付の減額等の記載がないこと。

- 2 前項の規定にかかわらず、介護保険法施行法（平成 9 年法律第 124 号）第 13 条第 3 項に規定する要介護旧措置入所者（以下「旧措置入所者」という。）で利用者負担割合が 5 パーセント以下の者については軽減の対象としない。ただし、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）に規定するユニット型個室の居住に要する費用に係る利用者負担額については軽減の対象とする。
- 3 第 1 項に規定する被保護者については、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。

（実施事業による利用者負担額の軽減）

第 5 条 対象者が、実施事業により対象サービスを利用する場合は、当該対象サービス利用者負担額の 4 分の 1 を軽減するものとする。ただし、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 38 条第 1 項第 1 号に定める老齢福祉年金の受給権を有する者については、利用者負担額の 2 分の 1 とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、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は、利用者負担額の全額を軽減するものとする。

（申請及び認定）

第 6 条 前条の規定による利用者負担額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（様式第 1 号。以下「申請書」という。）及び社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請に係る申告書（様式第 2 号）を市長に提出するものとする。

- 2 前項に規定する申請は、被保険者証を提示して行うものとする。
- 3 市長は、前 2 項の規定による申請を行った者が、対象者であると認めるときは、有効期限を定めて社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書（様式第 3 号。以下「確認通知書」という。）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（様式第 4 号。以下「確認証」という。）を交付するものとし、対象者でないと認めたときは、確認通知書に理由を付して通知するものとする。

（確認証）

第7条 確認証の適用日は、申請日の属する月の初日とする。ただし、被保護者については、保護が開始された日の属する月の初日とする。

- 2 確認証には、前条第3項に規定する有効期限（以下「有効期限」という。）を付するものとし、有効期限は、前条第1項の規定による申請のあった日（以下この条において「申請日」という。）の属する年の翌年の7月31日とする。ただし、申請日の属する月が1月から7月までの間である場合は、申請日の属する年の7月31日とする。

（確認証の更新）

第8条 確認証の交付を受けた者（以下「確認証交付者」という。）は、当該有効期限の満了後においても確認証の交付が必要な場合は、有効期限の日の1か月前の日から当該有効期限の日までの間に、市長に対し、確認証の更新の申請をしなければならない。

- 2 第6条の規定は、前項の確認証の更新について準用する。この場合において、前条第1項中「月の初日とする。ただし、被保護者については、保護が開始された日の属する月の初日」とあるのは「年の8月1日」と、同条第2項中「7月31日とする。ただし、申請日の属する月が1月から7月までの間である場合は、申請日の属する年の7月31日」とあるのは「7月31日」と読み替えるものとする。

（確認証の再交付）

第9条 確認証交付者は、交付された確認証を紛失し、又は毀損した場合には、確認証の再交付を市長に申請することができる。

- 2 前項の規定による申請をするときは、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5号。以下「再交付申請書」という。）を市長に提出しなければならない。
- 3 毀損した場合における確認証の再交付の申請には、再交付申請書にその確認証を添えなければならない。
- 4 第1項の規定による申請により確認証の再交付を受けた者が、紛失した確認証を発見したときは、直ちに、発見した確認証を市長に返還しなければならない。

（住所等の変更）

第 10 条 確認証交付者は、住所又は氏名を変更したときは、速やかに社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届（様式第 6 号）に確認証を添えて市長に届け出なければならない。

2 前項の規定による届出には、被保険者証を提示して行うものとする。
（確認証の返還）

第 11 条 確認証交付者は、次の各号のいずれかの規定に該当したときは、遅滞なく確認証を市長に返還しなければならない。

- (1) 確認証交付者が転出又は死亡により市の介護保険被保険者でなくなったとき。
- (2) 要介護被保険者又は居宅要支援被保険者でなくなったとき。
- (3) 被保護者でなくなったとき。
- (4) その他確認証を必要としなくなったとき。

2 市長は、確認証交付者が次の各号のいずれかに該当するときは、認定証を返還させることができる。

- (1) 確認証を他人に譲渡し、又は貸与したとき。
- (2) 虚偽の届出を行う等不正な行為があったとき。

（対象サービスの利用）

第 12 条 確認証交付者は、対象サービスを利用する場合は、社会福祉法人等が経営する当該対象サービスを提供する事業者（以下「対象サービス提供事業者」という。）に対して確認証を提示するとともに、利用者負担額から軽減額を控除した額を対象サービス提供事業者に支払わなければならない。

第 4 章 社会福祉法人等に対する補助等

（事業者による申出）

第 13 条 軽減制度を実施しようとする事業者は、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（様式第 7 号）により市長に申し出なければならない。

（社会福祉法人等に対する補助）

第 14 条 実施事業による社会福祉法人等に対する補助は、対象サービス提供事業者が確認証交付者に対し対象サービスを提供した場合におけ

る当該対象サービスの利用者負担額を軽減した総額（市を保険者とするものに限る。次項において同じ。）のうち、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。）の 1 パーセントを超える部分の額について、その 2 分の 1 の範囲内とするものとする。

2 市長は、前項の規定にかかわらず、指定地域密着型介護老人福祉施設又は指定介護老人福祉施設に係る利用者負担軽減を実施した社会福祉法人等については、当該軽減した総額のうち、当該施設の運営に当たり本来受領すべき利用者負担収入の 10 パーセントを超える部分の額を補助金として交付するものとする。

3 前 2 項に規定する補助金の算定は、事業所を単位として行うものとする。

（社会福祉法人等の補助交付申請）

第 15 条 社会福祉法人等は、前条に規定する補助を受けようとする場合は、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金交付申請書（様式第 8 号）に市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する申請に係る書類は、市長が別に定める日までに提出するものとする。

（社会福祉法人等に対する補助交付決定）

第 16 条 市長は、前条の規定による申請に係る書類の提出があったときは、その内容を審査し、補助の可否及び補助金の額を決定した場合は、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金交付決定通知書（様式第 9 号）（以下「交付決定通知書」という。）により当該社会福祉法人等に通知するものとする。

（社会福祉法人等の実績報告）

第 17 条 交付決定通知書を受けた社会福祉法人等は、当該補助に係る事業が完了した場合は、実績報告書（様式第 10 号）に市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する実績報告に係る書類は、市長が別に定める日までに提出するものとする。

（社会福祉法人等に対する補助金交付額の確定）

第 18 条 市長は、前条の規定による書類の提出を受けたときは、その内容を審査し、補助対象の可否及び補助金の交付額を確定した場合は、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金交付額確定通知書（様式第 11 号。以下「確定通知書」という。）により当該社会福祉法人等に通知するものとする。

（社会福祉法人等による補助金請求）

第 19 条 確定通知書を受けた社会福祉法人等による当該補助金の交付請求は、請求書（様式第 12 号）を市長に提出することにより行うものとする。

（社会福祉法人等に対する補助金交付決定の取消し等）

第 20 条 確定通知書を受けた社会福祉法人等は、当該補助金に対する算定等の誤り又は虚偽その他不正の手段等が認められたことにより市長から当該補助金交付決定の取消しに係る通知を受けた場合は、当該通知による補助金交付額の全部又は一部を速やかに返還しなければならない。ただし、当該補助金交付額の全部又は一部の返還は、前条の規定による請求により当該補助金の交付を受けていない場合は、この限りでない。

第 5 章 雑則

（補足）

第 21 条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、令和 8 年 7 月 1 日から施行する。

（小美玉市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金交付要綱の廃止）

2 小美玉市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金交付要綱（平成 18 年小美玉市告示第 61 号）は、廃止する。

(小美玉市社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証交付要綱の廃止)

- 3 小美玉市社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証交付要綱(平成 18 年小美玉市告示第 62 号)は、廃止する。

(経過措置)

- 4 令和 8 年 7 月 1 日の前日までに、小美玉市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業補助金交付要綱(平成 18 年 3 月 27 日小美玉市告示第 61 号)及び小美玉市社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証交付要綱(平成 18 年 3 月 27 日小美玉市告示第 62 号)の規定によりなされた処分、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。

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号															
		生 年 月 日															
住 所	電話番号																
申 請 理 由																	
小美玉市長 様																	
前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																	

		氏 名	生 年 月 日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世 帯 主				
	世 帯 員				

市町村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請に係る申告書

世帯の年間収入（世帯員全員の所得証明書その他収入を証する書類（源泉徴収票、年金支払通知書及び確定申告書の写しを含む。ただし、確認申請が、1月から7月中の場合は前々年の収入を、8月から12月中の場合は前年の収入とする。）を添付してください。）	年額	円
世帯員全員の所持金の合算額（所持金について申告してください。）		円
世帯員全員の預貯金、有価証券、債券等の総額（通帳、証書の写し等を添付してください。）		円
日常生活に供する資産以外に活用できる資産の所有状況（世帯員全員について該当するものに○を記載してください。）	所有している	・ 所有していない
扶養（市町村民税の控除対象者や医療保険の被扶養者等）の状況（被保険者が負担能力のある親族等から扶養されているか該当するものに○を記載してください。）	扶養されている	・ 扶養されていない
世帯員全員の介護保険料（65歳未満の方については、医療保険料等）の納付状況（該当するものに○を記載してください。）	滞納していない	・ 滞納している

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金金額・評価概算額等
預貯金	☐ 有 ☐ 無	[支店]	円
		[支店]	円
		[支店]	円
有価証券等	☐ 有 ☐ 無		円
			円
その他	☐ 有 ☐ 無		円
			円

小美玉市長様

上記の申告に相違ないことを証します。なお、申告に誤りがあった場合は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象認定が取消されることがあっても異議ありません。

また、社会福祉法人等利用者負担軽減対象認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び世帯員の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

年 月 日

（被保険者）住所

氏名

（世帯員）氏名

※年間収入額は、非課税収入や仕送り等も含まれます。

※申請日における金額を記入してください。

※有価証券は市場価格が明らかなものは、申請日時点の市場価格で、市場価格が不明な場合には額面額で計算してください。

様

小美玉市長

印

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

先に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減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	
決定年月日			
決定事項			
1 承認する	適用年月日 (承認内容) 有効期限 確認番号		
2 承認しない			

(お問合せ先)
小美玉市介護福祉課
住 所 小美玉市上玉里1122
電話番号 0299-48-1111

審査請求
この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に茨城県介護保険審査会に審査請求をすることができます。
(審査請求先) 水戸市笠原町978-6 029-301-3332
この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、小美玉市を被告として（市長が被告の代表者になります）提起することができます。
なお、処分の取消しの訴えは、前期の審査請求にかかる裁決を経た後でなければ提起することができないとされていますが、①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第 4 号（第 6 条関係）

（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							
確認番号							
受給者	住所						
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日						
介護保険被保険者番号 （被保険者のみ記載）							
適用年月日	から						
有効期限	まで						
減額割合	／ 1 0 0						
被保険者番号及び印	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

（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、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、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 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、表面に記載されているそれぞれの減額割合により軽減されます。
五 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拘禁刑の処分を受けます。

様式第5号(第9条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		

再交付申請の理由	1 紛失 2 損傷 3 その他()
あて先 小美玉市長 上記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の再交付を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号	

※ この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付するとともに損傷した確認証があるときは添付すること。

市記入欄

交 付 年 月 日	適 用 年 月 日	有 効 期 限
年 月 日	年 月 日から	年 月 日まで

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届

年 月 日

小美玉市長 様

氏名

小美玉市生活困窮者に係る社会福祉法人等が提供する介護保険サービス利用者負担軽減助成事業実施要綱第10条の規定により、記載事項を変更したので、次のとおり届け出ます。

住 所	新	〒
	旧	〒
フリガナ 氏 名	新	
	旧	

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措置)

年 月 日

小美玉市長 殿

社会福祉法人
理事長
(担当者氏名)
(連絡先)

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

[illegible]

様式第8号(第15条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金交付申請書

第 号
年 月 日

小 美 玉 市 長 様

社会福祉法人
理事長
(事業所又は施設の名称)
(担当者氏名)
(連絡先)

年度社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金の交付をされたく関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額
金 額 円

(添付書類)

- 1 収支予算書
- 2 その他市長が必要と認める書類

様式第9号（第16条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

小美玉市長

年 月 日付けで申請のありました社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金交付申請については、次のとおり決定したので通知します。

1. 補助金の額 円

様式第10号(第17条関係)

実 績 報 告 書

第 号
年 月 日

小 美 玉 市 長 様

社会福祉法人
理事長
(事業所又は施設の名称)
(担当者氏名)
(連絡先)

年 月 日付け第 号により補助金の交付の決定を受けた社会福祉法人
等による利用者負担軽減制度事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

様式第 11 号 (第 18 条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金交付額確定通知書

第 号
年 月 日

様

小美玉市長

年 月 日付け第 号にて交付決定を通知した 年度社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金については、 年 月 日付けの実績報告書に基づき、次のとおり交付額を確定したので通知します。

1. 交付確定額 円

様式第12号(第19条関係)

請 求 書

金 _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日付け第 _____ 号により補助金の交付確定(決定)を受けた社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に対する補助金として、上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

小 美 玉 市 長 様

法人の所在地
法 人 名
代表者の職氏名 理事長
(担当者氏名)
(連絡先)

口座振替金融機関

金融機関名	
支 店 名	
預 金 種 目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他
口 座 番 号	
フリガナ	
口座名義人	
備 考	