

社会福祉法人提供サービスの利用者負担の軽減について

要介護等の認定を受けている方又は事業対象者で、生計が困難であると認められる方は、社会福祉法人が提供する訪問介護や通所介護などの利用者負担額及び食費・居住費・滞在費の25%（老齢福祉年金受給者は50%）が軽減されます。

軽減対象のサービス

●社会福祉法人が実施する次の介護保険対象サービス

軽減対象のサービス	軽減される費用の種類
訪問介護（ホームヘルプ）、第1号訪問事業 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護	利用者負担額
通所介護（デイサービス）、第1号通所事業 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護	利用者負担額、食費
短期入所生活介護（ショートステイ）	利用者負担額、食費、滞在費
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	利用者負担額、食費、宿泊費
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	利用者負担額（利用者負担第2段階の方を除く）、食費、居住費

困みの費用は、「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方のみ適用されます。

※ 実施内容は、事業所により異なります。（実施していない社会福祉法人もあります。）

※ 生活保護を受けている方は、個室を利用した場合の居住費又は滞在費のみが全額軽減されます。

申請手続き

申請に必要な書類等 ※生活保護を受けている方は、④から⑥の書類は不要です	①社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書 ②承諾書（世帯全員の氏名を記入し、押印してください。） ③収入等状況申告書 （世帯全員の収入状況等について、記載願います。） ④年金振込通知書など世帯全員の収入状況が確認できる書類 （世帯全員分） ⑤固定資産税納税通知書、預貯金の通帳など資産の状況が確認できる書類 ⑥印鑑（世帯全員分）
申請の受付場所	介護保険課（市役所総合庁舎2階）
その他	申請書類は、介護保険課にあります。不明な点は、介護保険課又はご利用の社会福祉法人にご相談ください。

【裏面あり】

適用条件

- ① 市民税非課税世帯であること。
- ② 世帯の年間収入額が、単身世帯で150万円以下、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。
- ③ 世帯の預貯金等の額が、単身世帯で350万円以下、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。
- ④ 居住に供する資産及びその他日常生活に必要な資産以外に活用出来る資産がないこと。
- ⑤ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
※税法上の扶養親族となっている場合を含む。
- ⑥ 申請時において介護保険料に滞納がないこと。

※上記にかかわらず、生活保護を受けている方は軽減を受けることができませんが、対象サービスや軽減割合が異なります。

注意事項

- 確認証には、有効期限があります。引き続き軽減を受けるには、再度、市の介護保険課で申請手続が必要です。
- 被保険者の資格がなくなったとき、軽減対象の要件に該当しなくなったときは、この確認証を旭川市に返却してください。
- 旭川市から市外に引っ越される方は、転出の届出をするときに、この確認証を旭川市に返却してください。
- この確認証に記載している事項に変更があった場合は、14日以内に、この確認証を持参し、旭川市にその旨を届け出てください。

お問合せ先

- 旭川市介護保険課管理給付係 電話：25-6485



社会福祉法人提供サービスの利用者負担の軽減について

要支援及び要介護の認定を受けている方で、生活保護を受けている方は、社会福祉法人が提供するサービスに係る居住費・滞在費の全額が軽減されます。（ただし、個室を利用した場合には限りません。）

軽減対象のサービス

●社会福祉法人が実施する次の介護保険対象サービス

区分	軽減対象のサービス種類	軽減される費用の種類
居宅サービス	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	個室の滞在費
施設サービス	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	個室の居住費

利用手続き

- 軽減対象の介護サービスを受けるときは、必ず、事前に同封した橙色の『社会福祉法人利用者負担軽減確認証』を事業者に提示してください。
- 軽減対象の介護サービスを利用した場合、上の表に記載されている費用について、費用負担が軽減されます。

注意事項

- 確認証には、有効期限があります。
有効期限が切れたら、再度、市の介護保険課に申請手続きをしてください。
- 被保険者の資格がなくなったとき、軽減対象の要件に該当しなくなったときは、この確認証を旭川市に返却してください。
- 旭川市から市外に引っ越される方は、転出の届出をするときに、この確認証を旭川市に返却してください。
- この確認証に記載している事項に変更があった場合は、14日以内に、この確認証を持参し、旭川市にその旨を届け出てください。

お問合せ先

- 旭川市介護保険課管理給付係 電話：25-6485



社会福祉法人利用者負担額軽減対象者確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担額軽減制度)

年 月 日

(窓口に来られた方) 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 (_____) _____
被保険者との関係 _____

(宛先) 旭 川 市 長

社会福祉法人による利用者負担額軽減制度事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。なお、申請の内容については事実と相違ありません。

(太枠内を記入してください)

被 保 険 者 番 号			
個 人 番 号			
フリガナ			
被保険者(申請者)氏名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日
住 所	〒 _____ 電話番号(_____) _____		
利 用 サ ー ビ ス	1 特別養護老人ホームにおける施設サービス (旧措置入所者の負担減額・免除の該当 該当(5%以下・5%以上)・非該当) 上記で「該当」の場合はユニット型個室の利用 有り・なし 2 居宅サービス (訪問介護利用者の経過措置(障害者)の該当 該当・非該当)		
介護保険利用者負担段階	利用者負担第 _____ 段階		
利 用 者 負 担 額 軽 減 申 請 理 由 (※)	1 生計が困難である 2 生活保護・支援給付受給者である 3 その他 (_____)		
	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけてください
世帯構成	世 帯 主		
	世 帯 員		

※軽減対象者の要件については裏面を参照してください。

◎旭川市記入欄

交付年月日	確 認 内 容		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 1/4軽減	<input type="checkbox"/> 1/2軽減	<input type="checkbox"/> 全額軽減 <input type="checkbox"/> 非該当
適用年月日	非該当理由	1 収入額超過	6 その他
年 月 日		2 預貯金額超過	(_____)
から		3 居住用財産以外の資産を保有	
有効期限		4 親族等に扶養されている	
年 月 日	5 介護保険料に滞納がある		
まで	備考	(収入/基準: _____, 預金/基準: _____)	

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業実施要綱（抜粋）

（軽減対象者）

第2条 前条第2項に規定する軽減対象者は、旭川市（以下「市」という。）が認定した要介護認定者等又は事業対象者であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 市民税非課税世帯に属している特に生計が困難である者
- (2) 生活保護受給者
- (3) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者

2 前項第1号に規定する特に生計が困難である者とは、次の各号の全てに該当する者のうち、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長が認めた者とする。

- (1) 世帯の年間収入額が、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) 世帯の預貯金等の額が、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) 居住に供する資産及びその他日常生活のために必要な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) 申請時において介護保険料に滞納がないこと。

3 前2項の規定にかかわらず、介護保険施行法（平成9年法律第124号）第13条第1項に定める旧措置入所者（以下「旧措置入所者」という。）で利用者負担割合が5%以下の者については、軽減の対象としない。ただし、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、この限りでない。

収入状況等申告書

社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認を申請するにあたり、次のとおり収入状況等について申告します。

(該当する項目に○印をつけてください)

1 生活保護等受給者について	
(1) 現在生活保護を	(ア) 受給している [→以下は記入不要です] (イ) 受給していない
(2) 現在支援給付*を	(ア) 受給している [→以下は記入不要です] (イ) 受給していない
*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第14条第1項及び第3項、 附則第4条第1項の規定による支援給付	
2 収入状況について	
(1) 世帯の年間収入額が	(ア) 150万円以下である。(単身世帯の場合) (イ) $150\text{万円} + (50\text{万円} \times \text{①人}) = \text{ } \text{万円}$ 以下である。 ※複数員で構成される世帯は、世帯主を除いた人数を①に記入して下さい。
(2) 世帯の年間収入額が	(1)の額を超えている。
3 預貯金について	
(1) 世帯の預貯金額が	(ア) 350万円以下である。(単身世帯) (イ) $350\text{万円} + (100\text{万円} \times \text{①人}) = \text{ } \text{万円}$ 以下である。 ※複数員で構成される世帯は、世帯主を除いた人数を①に記入して下さい。
(2) 世帯の合計預貯金額が	(1)の額を超えている。
4 資産の保有状況について	
(1) 世帯全員が、居住に供する資産及びその他日常生活に必要な資産以外に活用できる資産がない。	
(2) 世帯員が活用できる資産を保有している。	
5 被扶養状況について	
(1) 負担能力のある親族等に扶養されていない。(税法上の扶養、健康保険の扶養親族等)	
(2) 負担能力のある親族に扶養されている。	
6 介護保険料の納付状況について	
(1) 介護保険料に未納がない。	
(2) 介護保険料に未納がある。	

本申告書に記載した内容は事実と相違ありません。

年 月 日

(申請者) _____

収入状況等申告書

被保険者本人及びその世帯に属する全員について記入してください。また、「※」の欄は該当するものに○をつけてください。

1 世帯員氏名	(本人)		
2 収入の有無 ※	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
収入がない場合は、その理由を記入。(義務教育終了前の者の理由は不要。)			
年金など ※	老齢年金 ・ 障害年金 遺族年金 ・ 恩給 老齢福祉年金 特別障害者手当 その他 ()	老齢年金 ・ 障害年金 遺族年金 ・ 恩給 老齢福祉年金 特別障害者手当 その他 ()	老齢年金 ・ 障害年金 遺族年金 ・ 恩給 老齢福祉年金 特別障害者手当 その他 ()
	[年額] 円	[年額] 円	[年額] 円
給与(年額)	円	円	円
	[勤務先]	[勤務先]	[勤務先]
仕送り(年額)	円	円	円
	[説明]	[説明]	[説明]
その他収入	円	円	円
	[説明]	[説明]	[説明]
年間収入合計	円	円	円
3 預貯金の有無 ※	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
金融機関名と 差引残高 (お持ちの通帳すべて)	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
預貯金合計	円	円	円
4 資産の有無 ※	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
土地 (居住用以外)	[所在地]	[所在地]	[所在地]
	[状況]	[状況]	[状況]
家屋 (居住用以外)	[所在地]	[所在地]	[所在地]
	[状況]	[状況]	[状況]
その他 ※	有価証券(小切手、株券等) 債券 その他 ()	有価証券(小切手、株券等) 債券 その他 ()	有価証券(小切手、株券等) 債券 その他 ()
備考			

※前年と収入状況が異なる場合には、備考欄にその旨を記載してください。

※添付書類

- ・世帯全員の収入がわかるもの(年金決定通知書、源泉徴収票、確定申告書等)
- ・世帯全員の預貯金・資産等の状況がわかるもの
(1年間の出入金がわかる預金通帳のコピー、固定資産納入通知書、有価証券のコピー等)

(様式第4号)

承 諾 書

(宛先) 旭川市長

私は、旭川市が行う介護保険に係る減免等の申請に関して、旭川市が収入、預貯金の状況並びに資産等の所有状況について、税担当部署、郵便局並びに銀行その他関係機関に照会することについて承諾します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印