

○幸田町介護保険利用者負担軽減事業実施要綱

平成14年

第2号

改正 平成15年第22号

平成18年第35号

平成19年第47号

平成19年第63号

平成20年第2号

平成21年第22号

平成27年第27号

平成28年第11号

(趣旨)

第1条 この要綱は、居宅サービス等を利用した場合の利用者負担額を支払うことにより生計を維持することが困難となる低所得者について、その利用者負担額の一部を助成することにより、低所得者の負担の軽減、適正なサービス利用の促進及び福祉の増進を図るため実施する幸田町介護保険利用者負担軽減事業（以下「事業」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2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) 居宅サービス等 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第1項に規定する居宅サービス（特定施設入居者生活介護を除く。）及び同条第14項に規定する地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。）並びに同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービス（介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）及び同条第14項に規定する地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型共同生活介護を除く。）

(2) 居宅サービス等費用額 厚生労働大臣が定める基準により算出した各居宅サービス等に係る費用の額

(3) 利用者負担額 居宅サービス等費用額から法第4章第3節及び第4節で規定する市町村が支給する介護給付又は予防給付の額を減じて得た額

(4) 要介護被保険者等 幸田町介護保険の被保険者であって、かつ、法第19条の規定による要介護又は要支援の認定を受けたもの

(5) 生計同一者 この事業により利用者負担額の軽減を受けようとする者（以下「軽減

対象者」という。)と生計を一にする者(軽減対象者の世帯に属する者)

(6) 収入額 所得税法第9条第1項第3号イ及びロに規定する所得及び同法第2編第2章第2節の各条に規定する所得において、同章の各条の規定により計算した控除額を控除する前の額

(7) 町民税等 幸田町税条例(昭和30年幸田町条例第1号)に規定する町民税、固定資産税及び軽自動車税並びに幸田町国民健康保険税条例(昭和31年幸田町条例第8号)に規定する国民健康保険税並びに幸田町介護保険条例(平成12年幸田町条例第9号)に規定する保険料

(軽減対象者)

第3条 この事業による軽減対象者は、次に掲げる全ての条件を満たす者とする。

(1) 要介護被保険者等である者

(2) 軽減対象者と生計同一者のすべての者について、居宅サービス等を利用した月が属する年度(4月から7月までの利用については前年度)において市町村民税が非課税又は免除されている場合

(3) 居宅サービス等を利用した月が属する年の前年(1月から7月までの利用については前々年)における軽減対象者の収入額の合計が120万円以下の場合。この場合において、生計同一者が複数の場合は、1人につき35万円を加算した額とする。

(4) 居宅サービス等を利用した月の属する年度の前年度及び前々年度において、軽減対象者及び生計同一者のすべての者について、町民税等の滞納がないこと。ただし、納付の意を持って分納、延納等の処理が、納税等を担当する部署との間で調整されている場合は、滞納はないものとみなすことができる。

(5) 軽減対象者が生活保護法(昭和25年法律第144号)の適用による生活保護を受けていないこと。

2 前項の規定にかかわらず、同項に掲げる複数の条件に該当し、かつ、町長がこの事業の適用を受けることが必要であると認めた場合は、この事業の適用を受けることができる。

(軽減資格認定)

第4条 この事業の適用を受けようとするときは、次に掲げる書類を町長に提出し、軽減対象者であることの認定(以下「軽減資格認定」という。)を受けなければならない。

(1) 介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定申請書(様式第1号)

(2) 介護保険利用者負担軽減に係る収入等申告書(様式第2号)

(3) 収入額等を証する証書、預金通帳等の書類

(4) 介護保険被保険者証

2 軽減資格認定に係る申請は、毎年7月末日までに行い、同年8月から翌年7月までの居宅

サービス等の利用者負担額を対象とした軽減資格認定をあらかじめ受けるものとする。

- 3 町長は、軽減資格認定の申請を受理したときは、その内容を審査し、その結果について介護保険利用者負担軽減事業資格（決定・却下・喪失）通知書（様式第3号）により申請者に通知すると共に、介護保険利用者負担軽減事業資格認定者台帳（様式第4号）に記載する。
- 4 第2項に定める期日までに軽減資格認定に係る申請が行えないときは、軽減資格認定の期間を申請書が提出された月から翌年7月までとして前項に定める処理をする。
- 5 第2項及び前項に定める期間中に、軽減資格を喪失した場合は、様式第3号により軽減資格認定を受けた者に対し、資格が喪失した旨の通知をする。

（負担軽減金）

第5条 この事業により交付される支給金（以下「負担軽減金」という。）の額は、軽減資格認定を受けた軽減対象者が利用した居宅サービス等に係る利用者負担額に2分の1を乗じて得た額とし、予算の範囲内において支給する。ただし、算出された額に1円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。

- 2 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（「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減免措置の実施について」（平成12年5月1日老発第474号厚生省老人保健福祉局長通知））及び幸田町社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担軽減制度に係る実施要綱（平成13年幸田町要綱第3号）の規定による軽減の適用を現に受けることができる居宅サービス等に係る利用者負担額は、軽減の対象となる利用者負担額から除く。
- 3 利用者負担額が、居宅サービス等費用額の100分の10を超える場合は、居宅サービス等費用額の100分の10に相当する額を利用者負担額とする。ただし、法第51条及び第61条の規定による高額介護サービス費並びに高額支援サービス費及び他制度から利用者負担額についての給付を受けることができる場合は、その給付額を利用者負担額から減じて得た額を利用者負担額とする。
- 4 法施行時の訪問介護利用者に対する利用者負担額軽減事業（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減免措置の実施について）の利用者負担額が、居宅サービス等費用額の100分の5を超え、100分の10に満たない場合は、居宅サービス等費用額の100分の5を超える額を負担軽減金の額とする。

（支給申請）

第6条 軽減資格認定を受けた軽減対象者が、負担軽減金の交付を受けようとするときは、介護保険利用者負担軽減金支給申請書（様式第5号）を町長に提出する。

（支給決定及び支給）

第7条 町長は、前条に定める申請を受理したときは、その内容を審査し、その結果を介護保

険利用者負担軽減金支給決定（却下）通知書（様式第6号）により居宅サービス等が提供された月から起算して4月後の末日までに受給者に通知し、その通知に基づき軽減額を支給するものとする。

- 2 当該居宅サービス等に係る第5条第2項ただし書の規定による控除額の確定が、前項に規定する通知の日以降になる場合は、同項の規定にかかわらず、通知の日をその控除額が確定された月の翌月の末日とすることができる。

（不正利得の返還）

第8条 町長は、受給者が偽りその他不正の行為によりこの要綱に基づく軽減を受けたときは、既に交付した負担軽減金の全部又は一部を返還させることができる。

（雑則）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成14年4月1日から施行する。
- 2 平成14年4月分及び5月分の負担軽減金の支給については、第4条第2項に定める資格認定申請の期限を平成14年5月末日として審査し、支給することができる。

附 則（平成15年第22号）

この要綱は、平成15年7月1日から施行する。

附 則（平成18年第35号）

この要綱は、平成18年7月1日から施行する。

附 則（平成19年第47号）

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成19年第63号）

- 1 この要綱は、平成19年6月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に軽減資格認定を受けている者は、この要綱の施行の日から1月間は、第4条第2項の規定に関わらず、同条第1項に規定する軽減資格認定を受けた者とみなす。

附 則（平成20年第2号）

この要綱は、平成20年1月4日から施行する。

附 則（平成21年第22号）

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成27年第27号）

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成27年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に改正前の第4条第2項の規定により軽減資格認定を受けている者は、この要綱の施行の日から平成27年7月31日までの間は、改正後の第4条第2項の規定にかかわらず、同条第1項に規定する軽減資格認定を受けた者とみなす。

附 則 (平成28年第11号)

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号(第4条関係)

介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定申請書

(年度分)

フリガナ				被保険者番号		
被保険者氏名						
住所	〒 電話() —					
生年月日	年 月 日			性別	男・女	
要介護等 認定期間	要介護度等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
	認定期間	年 月 日～ 年 月 日				
配偶者 及び 世帯員等 の氏名	区分	氏名	住所		同居等の別	
	配偶者				同居・別居 同一敷地内	
	世帯員等 (生計同一 者含む。)	1				同居・別居 同一敷地内
		2				同居・別居 同一敷地内
		3				同居・別居 同一敷地内
		4				同居・別居 同一敷地内
		5				同居・別居 同一敷地内
6				同居・別居 同一敷地内		
幸田町長 様 上記のとおり介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定について、必要書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 (印) 電話() —						

税調査等 同意欄	私は、幸田町長が受給資格確認のために関係者の所得状況等を調査すること、及び当該業務に関して住民票、市町村民税関係証明等の諸証明の申請権限を委任することに同意します。 本人氏名 (印)
-------------	--

保険者審査記入欄

世帯状況確認 住民票 その他	課税状況 課税・非課税	所得状況 限度内・限度以上 非課税年金等 有・無	税等納入状況 滞納 有・無 滞納税目()	資格有無 該当・非該当
----------------------	----------------	--------------------------------	-----------------------------	----------------

(裏面)

【介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定申請のできる方】

- (1) 幸田町の介護保険の被保険者で要支援以上に認定されている方
- (2) 被保険者本人及び生計同一者の方すべてについて、今年度(申請月が4月から7月までは前年度)の市町村民税の非課税の方。なお、生計同一者とは、被保険者本人及び被保険者と同一世帯の方です。
- (3) 前年(利用月が1月から7月までは前々年)における被保険者の収入額の合計が120万円以下の方。なお、生計同一者が複数の場合は、1人につき35万円を加算した額。
- (4) 過去2年間において、被保険者及び生計同一者のすべての方について、町民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税及び介護保険料において滞納がないこと。
- (5) 被保険者が生活保護を受けていないこと。

【記入上の注意】

- (1) 当年8月分から翌年7月分まで(当該年度)について資格認定を受けようとする方は、当年7月末日までに本申請書により申請をしてください。ただし、当該年度の途中から新たに居宅サービス等を利用することになった場合は、利用月の末日まで申請します。
- (2) 配偶者及び世帯員等の氏名には、上記【介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定申請のできる方】の(2)に定められた方すべてについて記入してください。
- (3) この申請書に添付する書類
 - ア 介護保険利用者負担軽減に係る収入等申告書
 - イ 収入額等が分かる証書、預金通帳等の書類
 - ウ 介護保険被保険者証
- (4) 「税調査等同意欄」に同意の署名、押印がない場合、町が求める諸証明の添付が必要になる場合があります。

様式第2号(第4条関係)

介護保険利用者負担軽減に係る収入等申告書

年 月 日

幸 田 町 長 様

介護保険利用者負担軽減申請に係る被保険者及び世帯員等の収入状況等については、下記のとおり相違ありません。

被 保 険 者 (申 告 者)	フリガナ		被 保 険 者 番 号																	
	氏 名			㊦																

収入等の状況

区分	収 入 項 目 等										
本 人 (被 保 険 者)	性別	男・女	生年月日	年	月	日生					総収入額 円
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円					
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円					
			円	譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円	その他の収入		円					
給与収入		円			円						
配 偶 者 (氏 名)	性別	男・女	生年月日	年	月	日生					総収入額 円
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円					
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円					
			円	譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円	その他の収入		円					
給与収入		円			円						
世 帯 員 等 1 (氏 名)	性別	男・女	生年月日	年	月	日生					総収入額 円
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円					
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円					
			円	譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円	その他の収入		円					
給与収入		円			円						
世 帯 員 等 2 (氏 名)	性別	男・女	生年月日	年	月	日生					総収入額 円
	老齢・退職年金		円	不動産収入		円					
	その他の年金・恩給		円	利子・配当収入		円					
			円	譲渡収入		円					
	営業・事業収入		円	その他の収入		円					
給与収入		円			円						

(裏面)

収入等の状況(つづき)

区分	収入項目等					
世帯員等 3 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生		
	高齢・退職年金			円	不動産収入	円
	その他の 年金・恩給			円	利子・配当収入	円
				円	譲渡収入	円
	営業・事業収入			円	その他の 収入	円
	給与収入			円		円
世帯員等 4 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生		
	高齢・退職年金			円	不動産収入	円
	その他の 年金・恩給			円	利子・配当収入	円
				円	譲渡収入	円
	営業・事業収入			円	その他の 収入	円
	給与収入			円		円
世帯員等 5 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生		
	高齢・退職年金			円	不動産収入	円
	その他の 年金・恩給			円	利子・配当収入	円
				円	譲渡収入	円
	営業・事業収入			円	その他の 収入	円
	給与収入			円		円
世帯員等 6 (氏名)	性別	男・女	生年月日	年 月 日生		
	高齢・退職年金			円	不動産収入	円
	その他の 年金・恩給			円	利子・配当収入	円
				円	譲渡収入	円
	営業・事業収入			円	その他の 収入	円
	給与収入			円		円
総 収 入 額						円

注1 確定申告等で申告をしていない収入等がある場合は、年金・恩給証書、仕送り等の額が分かる入金通帳等の写しを添付してください。

2 本申告書の収入額欄には、基礎控除等の控除をする前の収入額を記入してください。

様式第3号（第4条関係）

介護保険利用者負担軽減事業資格（決定・却下・喪失）通知書

年 月 日

様

幸 田 町 長



年 月 日付で申請のありました介護保険利用者負担軽減事業対象者資格認定について審査した結果、下記のとおり軽減事業について却下しました資格を喪失したので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号
--------	--	--------	-------

決定年月日	年 月 日	台帳番号	年度 番
資格認定期間	年 月利用分 から		年 月利用分まで
却下の場合の理由			
資格喪失をした場合の理由等	資格喪失日	年 月 日	
	喪失理由		

問い合わせ先

健康福祉部福祉課 幸田町大字菱池字元林1番地1 電話（0564）62-1111

審査請求等

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箇月以内に、幸田町長に対して審査請求をすることができます。

また、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箇月以内に、幸田町を被告として（訴訟において幸田町を代表する者は幸田町長になります。）この処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、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ことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第5号(第6条関係)

介護保険利用者負担軽減金支給申請書
(年 月 ~ 年 月)

フリガナ		被保険者番号												
被保険者氏名		生年月日												
住 所		〒										電話() —		
要介護等 認定期間		要介護度等 認定期間		要支援 1・2		要介護 経過的 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5								
				年 月 日 ~		年 月 日								
		氏 名		生年月日		性別		介護保険の被保険者の場合の 被保険者番号						
世帯 構成	世帯主													
	世帯員													
幸田町長 様 上記のとおり介護保険利用者負担軽減金の支給申請をします。 年 月 日												住 所 申請者 氏 名 電 話() —		㊟

介護保険利用者負担軽減金を下記の口座に振り込んでください。

利 用 者 負 担 軽 減 金 振 込 口 座	金 融 機 関 名	支 店 名	預 金 種 目	口 座 番 号					
		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	支 店 本 店 出 張 所	1 普通 2 当 座					
	フリガナ	-----							
	口 座 名 義 人								

保険者確認記入欄

資格者台帳 有・無	給付制限状況 有・無 給付割合	備考
--------------	-----------------------	----

様式第6号（第7条関係）

介護保険利用者負担軽減金支給決定（却下）通知書

年 月 日

様

幸 田 町 長



年 月～ 年 月利用分の介護保険利用者負担軽減金について、下記のとおり支給 決定 却下 しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

決定年月日	年 月 日			
支給決定額	円			
決定の内容	支給対象月	年 月 ～	年 月 利用分	
	支給決定内訳	区 分	申請額	決定額
		利用負担額合計	円	円
		他制度等給付額合計	円	円
		軽減対象額合計	円	円
	負担軽減金支給額	円	円	
支給予定日	年 月 日			
支給方法	支給申請書に記載された口座に振込み			
却下又は一部減額の場合の理由				

問合せ先

健康福祉部福祉課 幸田町大字菱池字元林1番地1 電話（0564）62-1111

審査請求等

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箇月以内に、幸田町長に対して審査請求をすることができます。

また、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箇月以内に、幸田町を被告として（訴訟において幸田町を代表する者は幸田町長になります。）この処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、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ことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第 1 号 (第 4 条関係)

様式第 2 号 (第 4 条関係)

様式第 3 号 (第 4 条関係)

様式第 4 号 (第 4 条関係)

様式第 5 号 (第 6 条関係)

様式第 6 号 (第 7 条関係)