

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業への協力のお願い

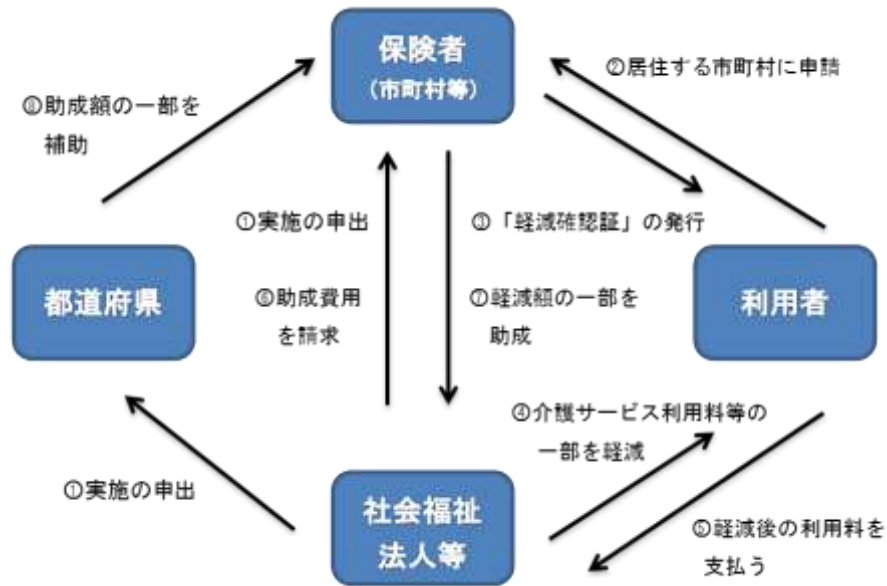
(年 月 日 集団指導配布資料)

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業は、低所得で特に生計が困難である方について、介護保険サービスの利用促進を図るために、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割の一環として、利用者負担額を軽減するものです。

この事業では、助成費用の一部を介護サービス事業所に負担していただく仕組みとなっており、事業実施には事業所のご協力が不可欠です。

制度の趣旨をご理解の上、事業実施にご協力くださいますようお願い申し上げます。

ご協力いただける場合は、事前に「申出書」(裏面様式)を和歌山県とサービス利用者の保険者である市町村にご提出ください。



<対象者>

市町村民税非課税の方で、以下の条件の全てを満たす方のうち、申請に基づき市町村から認定された方。

- ① 年間収入が単身世帯で150万円、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。
- ② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、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。
- 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。

軽減対象者と認定されると、市町村から「軽減確認証」交付されます。

なお、平成23年4月からは生活保護受給者が個室(特養・短期入所生活介護)を利用する場合の居住(滞在)費についても、軽減対象に含めることとなりました。

<軽減対象サービス>

- 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 ●複合型サービス ●介護福祉施設サービス
 - 総合事業の第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業・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)
- ※ ○のサービスは介護予防サービスを含みます。

<軽減される利用者負担額>

利用者負担額(介護費)、食費、滞在(宿泊)費、居住費1/4
(老齢福祉年金受給者は1/2、生活保護費受給者は全額)

<社会福祉法人等への助成額>

利用者負担を軽減した総額(助成措置のある市町村を保険者とする利用者負担に係るものに限る。)のうち、当該法人の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。)に対する一定割合(概ね1%)を超えた部分について、当該法人の収支状況を踏まえ、その1/2を基本としてそれ以下の範囲内で行われます。

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

年 月 日

知事（市町村長）様

申出者 所在地
名称
代表者名

県内市町村において認定された利用者負担軽減対象者に対して、下記のとおり介護（予防）サービス及び食費、居住費等の利用者負担を軽減する旨を申し出ます。

記

事業所番号	介護保険事業所名	提供サービス名	軽減申出サービス名	軽減開始年月日

（注1）本軽減制度は次の15種類の介護サービスが該当しますので、提供サービス名、軽減申出サービス名の欄にはA～Hでご記入下さい。

- | | |
|------------------------|-------------------|
| A 訪問介護 | J 複合型サービス |
| B 通所介護 | K 介護福祉施設サービス |
| C 短期入所生活介護 | L 介護予防訪問介護 |
| D 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | M 介護予防通所介護 |
| E 夜間対応型訪問介護 | N 介護予防短期入所生活介護 |
| F 地域密着型通所介護 | O 介護予防認知症対応型通所介護 |
| G 認知症対応型通所介護 | P 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| H 小規模多機能型居宅介護 | |
| I 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | |

（注2）軽減の申し出先は、県知事（担当：長寿社会課）、及びサービス利用者の保険者たる市町村の長（介護保険主管課）となります。