

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する
補助金の交付の手引き

浜松市 介護保険課

～ 目 次 ～

補助に係る根拠等

< I 社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度事業 >	
1 社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度事業とは	2
2 社会福祉法人等の申出	3
3 社会福祉法人等による利用者負担軽減の対象者	4
4 補助対象軽費及び補助率	5
5 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金の交付申請及び実績報告	7
< II 軽減制度事業費に対する補助金に係る年間スケジュール >	8

補助に係る事務手続き

< I 補助金の交付に係る事務 >	
1 上半期実績報告	10
2 下半期実績報告及び交付申請～補助金の交付	11
< II 軽減額の算定等の留意点について >	
1 軽減額の算定	12
2 領収証の交付	13
< III 補助金の様式作成の留意点について >	
1 共通の留意点	14
< IV Q & A 及び各様式の記入例 >	15

補助に係る根拠等

< I 社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度事業 >

1 社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度事業とは

この事業は、低所得者で生計が困難である者に対して、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図ろうとするものです。（平成12年老発第474号厚生省老人保健福祉局長通知 別添2）

この事業を実施する法人は、市町村による所要の支援（補助）を受けられます。

市町村による補助の対象は、社会福祉法人等が利用者負担を軽減した総額のうち、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（おおむね1%）を超えた部分とし、当該法人の収支状況等を踏まえ、その1/2を基本としてそれ以下の範囲内で行います。

なお、指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に係る利用者負担を軽減する社会福祉法人等については、軽減総額のうち、当該施設の運営に関し本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が10%を超える部分について、全額が補助の対象となります。

（平成12年老発第474号厚生省老人保健福祉局長通知 別添2 3（6））

2 社会福祉法人等の申出

(1) 申出とは

利用者負担の軽減を行おうとする社会福祉法人等は、当該社会福祉法人等が介護保険サービスを提供する事業所及び施設の所在地の都道府県知事及び保険者たる市町村長に対してその旨の申出を行います。（平成12年老発第474号厚生省老人保健福祉局長通知 別添2 3（1））

軽減等を実施する社会福祉法人等は、「社会福祉法人等による利用者負担軽減実施申出書」（第1号様式）を市長に提出します。（浜松市介護施設利用者負担軽減補助金交付要綱（以下、補助金交付要綱という。）第4条）

(申出のあて先)

法人所在地により、申出書のあて先を下表のとおり修正して、必要部数を浜松市介護保険課へ提出してください。

法人所在地	あて先	提出部数
静岡県内	あて先 浜松市長 静岡県知事 様 ※ただし、県知事あてを提出済であって、変更がない場合は、「市長あて」のみで可	各1部
静岡県外	あて先 浜松市長	1部

(申出その他の手続)

	手続を行う時期	提出書類	補助金交付要綱
軽減実施の申出	初めて軽減を行うとき	「社会福祉法人等による利用者負担軽減実施申出書」（第1号様式）	第4条
申出の変更	事業所の名称その他事項に変更があったとき	「社会福祉法人等による利用者負担軽減実施申出書」（第1号様式）	第4条

3 社会福祉法人等による利用者負担軽減の対象者

軽減の対象者は、市町村民税世帯非課税者であって、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町村が認めた者です。（平成12年老発第474号厚生省老人保健福祉局長通知 別添2 3（3））

浜松市では、国の統一基準にあわせて、法第41条第1項に規定する要介護被保険者又は法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者のうち、以下の要件に該当する者に対し、申請に基づき確認証を交付しています。（浜松市社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証交付要綱（以下、確認証交付要綱という。）第4条）

浜松市社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証交付要綱（抜粋）

（軽減対象者）

第4条 軽減対象者は、法第41条第1項に規定する居宅要介護被保険者又は第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者であり、かつ、市民税世帯非課税である者で、次の各号のすべてに該当する者及び生活保護受給者とする。

ただし、旧措置入所者で実質的負担軽減者のうちユニット型個室以外に入所する者を除く。

- (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。

訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護等

サービス種類	軽減対象	軽減率	補助対象経費	補助率		
<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護 介護予防訪問サービス 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 	1割負担額	100分の25	軽減経費のうち、当該社会福祉法人等が全ての利用者から受領すべき利用者負担収入（対象サービス区分に係るものに限る）の100分の1を控除した額	<p>軽減対象者だけではなく、全ての利用者なのでご注意ください。</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 通所介護 介護予防通所サービス 認知症対応型通所介護（予防） 	1割負担額 食費				ただし、老齢福祉年金受給者は100分の50とする。	100分の50
<ul style="list-style-type: none"> 短期入所生活介護（予防） 小規模多機能型居宅介護（予防） 複合型サービス 	1割負担額 食費 居住費					

(2) 介護福祉施設サービス等

サービス種類	軽減対象	軽減率	補助対象経費	補助率
<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉施設 	<p>1割負担額 食費 居住費</p> <p>ただし、旧措置入所者で実質的負担軽減者についてはユニット型個室の居住費について対象とする。</p>	100分の25	軽減経費のうち、当該社会福祉法人等が全ての利用者から受領すべき利用者負担収入（対象サービス区分に係るものに限る）の100分の1を控除した額	100分の50
<ul style="list-style-type: none"> 地域密着型介護福祉施設 	1割負担額 食費 居住費	ただし、老齢福祉年金受給者は100分の50とする。		

(補助金の構成)

(1) 訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護等

本来受け取るべき利用料A		(例) 1,000 円
軽減総額D		(例) 200 円
法人負担 B Aの 1 % 10 円	法人負担 = 軽減総額D - 法人負担B - 補助金F	補助金F = (軽減総額D - 法人負担B) × 1/2
	95 = 200 - 10 - 95	95 = (200 - 10) × 1/2
		利用者負担額 800 円
		国 (1/2)・県 (1/4) 市 (1/4) 71 = 95 × 3/4 24=95-71

(2) 介護福祉施設サービス等

本来受け取るべき利用料A		(例) 1,000 円
軽減総額D		(例) 200 円
C	Aの10%	100 円
法人負担 B Aの 1 % 10 円	法人負担 = C - B - X	補助金 (100 分の 50 公費分) X = (D - B - E) × 1/2
	45 = 100 - 10 - 45	45 = (200 - 10 - 100) × 1/2
		補助金 (全額公費 分) E = 軽減総額D - C
		100 = 200 - 100
		利用者負担額 800 円
		補助金総額H = 補助金X + 補助金E 145 = 45 + 100
		国 (1/2)・県 (1/4) 市 (1/4) 108 = 145 × 3/4 37=145-108

5 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金の交付申請及び実績報告

(1) 補助金の交付申請

交付の申請は、別に定める日までに、下表の各書類を市長に提出します。(補助金交付要綱第5条)
通常、3月に下半期の実績報告とあわせて、浜松市介護保険課から提出依頼をします。4月上旬に必要書類を提出し、審査のうえ5月に支払いが行われます。

(2) 補助金の実績報告

補助事業完了後の実績報告は、別に定める日までに下表の各書類を市長に提出します。(補助金交付要綱第9条)

浜松市には、上半期実績(4月から9月分)と下半期実績(10月から翌年3月分)に分けて提出します(上半期分は9月下旬～10月中旬に、下半期分は3月上旬に実績提出依頼があります)。

(補助金の交付申請及び実績報告)

	手続き時期	提出書類	補助金交付要綱
交付申請	翌年度の4月	社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金交付申請書、所要見込額調書総括表、資金状況調べ、収支予算書抄本及び請求書 ※所要見込額調書個表、利用者負担収入見込額調書は実績報告(下半期)と兼ねる ※通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス及び介護福祉施設サービスについては、食費及び居住費の記載がある運営規程又は重要事項説明書を添付する	第5条、第10条 第2号～第7号様式の2 第16号様式
実績報告(上半期)	11月	事業実績書総括表、所要額調書個表、利用者負担収入額調書、軽減状況調書及び領収証(または請求書)の写しのそれぞれ上半期分	第8条 第4号～第6号様式 第12号～第14号様式
実績報告(下半期)	翌年度の4月	実績報告書、事業実績書総括表、所要額調書個表及び利用者負担収入額調書のそれぞれ年間分 軽減状況調書及び領収証(または請求書)の写しのそれぞれ下半期分 収支決算(見込)書抄本	第8条 第4号～第6号様式 第11号～第14号様式

収支決算書抄本は、必ず申請対象事業所ごとの利用者負担収入が分かるものを添付してください。

< II 軽減制度事業費に対する補助金に係る年間スケジュール >

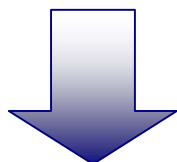
	補助金申請	軽減確認証（更新）	その他
4月			
5月			
6月		更新申請案内 更新申請受付	
7月			
8月		確認証・通知書発送	
9月			
10月	上半期実績報告依頼		
11月	上半期実績報告提出		
12月			
1月			
2月			
3月	下半期実績報告・補助金申請依頼		
4月	下半期実績報告・補助金申請提出		
5月	補助金決定通知・受入		

補助金に係る事務手続き

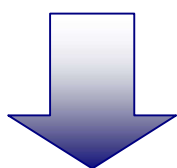
< I 補助金の交付に係る事務 >

1 上半期実績報告

	手順	ポイント
浜松市介護保険課	1 提出依頼	<ul style="list-style-type: none"> ○ 上半期（4～9月分）の実績報告の提出依頼がある * 通知の発出は10月上旬～中旬 * 法人単位で法人所在地の区役所長寿保険課または介護保険課に提出 * 〆切は11月中旬～下旬 * 提出する書類は、事業実績書総括表（第12号様式）、所要額調書個表（第4号様式、第5号様式）、利用者負担収入額調書（第6号様式）及び軽減状況調書（第13号様式、第14号様式）、<u>領収証（または請求書）の写しのそれぞれ上半期分</u>



	手順	ポイント
区役所長寿保険課・介護保険課	2 提出	<ul style="list-style-type: none"> (1) 各種様式を提出する (2) 添付書類の有無の確認をうけ、形式的に書類が整っていれば受理される
	3 審査	<ul style="list-style-type: none"> (1) 軽減状況調書及び所要額調書個表の確認 (2) 利用者負担収入額調書及び所要額調書個表の確認 (3) 所要額調書個表及び事業実績書総括表の確認 * <u>書類に補正が必要な場合は連絡があるので、早急に補正をし、再提出する。補正が必要な場合は、ほかの書類に連なることがあるので、全体の書類を再確認する</u>



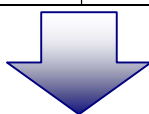
	手順	ポイント
浜松市介護保険課	4 確認通知	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市から上半期の軽減額について、確認通知が通知される

2 下半期実績報告及び交付申請～補助金の交付

	手順	ポイント
浜松市介護保険課	1 提出依頼	<p>○ 下半期（10～3月分）の実績報告及び交付申請の提出依頼がある</p> <ul style="list-style-type: none"> * 通知の発出は3月上旬 * 法人単位で区役所長寿保険課または市介護保険課に提出 * 〆切は4月中旬 * 提出する書類は①～③のとおり <p>① 下半期実績報告は、実績報告書（第11号様式）、事業実績書総括表（第12号様式）、所要額調書個表（第4号様式、第5号様式）および利用者負担収入額調書（第6号様式）の<u>それぞれ年間分</u>、<u>軽減状況調書（第13号様式、第14号様式）</u>、<u>領収証（または請求書）の写しのそれぞれ下半期分</u>、<u>収支決算（見込）書抄本</u></p> <p>② 交付申請は、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金交付申請書（第2号様式）、所要見込額調書総括表（第3号様式）、資金状況調べ（第7号様式）、暴力団排除に関する宣誓書（第7号様式の2）、<u>収支決算書抄本及び請求書（第16号様式）</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>収支決算書抄本は、必ず申請対象事業所ごとの利用者負担収入が分かるものを添付してください。</p> </div> <p>③ 「市民税・県民税特別徴収義務者指定通知書」の写し</p> <p>※ 所要見込額調書個表（第4号様式、第5号様式）および利用者負担収入見込額調書（第6号様式）は実績報告（下半期）と兼ねるので不要</p> <p>※ 通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護および介護福祉施設サービスについては、食費及び居住費の記載のある運営規程又は重要事項説明書を添付する</p>



	手順	ポイント
区役所長寿保険課	2 提出	<p>(1) 各種様式を提出する</p> <p>(2) 添付書類の有無の確認をうけ、形式的に書類が整っていれば受理</p>
	3 1次審査 (実績報告分)	<p>(1) 軽減状況調書及び所要額調書個表の確認</p> <p>(2) 利用者負担収入額調書及び所要額調書個表の確認</p> <p>(3) 所要額調書個表及び事業実績書総括表の確認</p> <p>(4) 事業実績書総括表及び実績報告書の確認</p> <p>* <u>書類に補正が必要な場合は連絡があるので、早急に補正をし、再提出する。補正が必要な場合は、ほかの書類に連なることがあるので、全体の書類を再確認する</u></p>
	4 2次審査 (交付申請分)	<p>(1) 所要見込額調書総括表及び所要額調書個表の確認</p> <p>(2) 交付申請書及び請求書及び所要見込額調書総括表の確認</p> <p>(3) 資金状況調べの確認</p> <p>* <u>書類に補正が必要な場合は連絡があるので、早急に補正をし、再提出する。補正が必要な場合は、ほかの書類に連なることがあるので、全体の書類を再確認する</u></p>



浜松市 介護保険課	5 決定 確定通知	○ 市から補助金交付額決定通知書及び補助金の確定通知書が通知される（5月上旬）
	6 入金	○ 市から補助金が入金される（5月中旬）

< II 軽減額の算定等の留意点について >

1 軽減額の算定

(1) 基本事項

1割負担額、食費、居住費の算定は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年2月10日 厚生省告示第19号)をはじめ、関係法令等に基づき、適切に算定してください。

(2) 介護保険のその他給付との適用関係

介護保険で実施している、訪問介護利用者負担額減額及び高額介護サービス費と、社会福祉法人利用者負担額軽減との適用関係は、次のように取り扱います。

① 高額介護サービス費

利用者の1割負担額について、社会福祉法人利用者負担額軽減を優先して適用し、軽減後の金額の合計が高額介護サービス費の基準額を超えた場合に、高額介護サービス費が支給されます。

(例) 本来受け取る施設サービス費の1割負担額が24,000円、高額介護サービス費の基準額が15,000円、軽減率が25/100の軽減対象者の場合

○軽減額	$24,000円 \times 25 / 100 = 6,000円$
○利用者に請求する金額	$24,000円 - 6,000円 = 18,000円$
●高額介護サービス費支給額	$18,000円 - 15,000円 = 3,000円$

なお、高額介護サービス費は、被保険者の申請に基づき支給されますので、申請漏れののないよう入所者に対して申請についての助言、援助をお願いします。

(参考) 高額介護サービス費と利用者負担段階、負担限度額との関係

利用者負担段階	食費の負担限度額 (日額)	高額介護サービス費基準額
第1段階	300円	15,000円
第2段階※	390円	
第3段階	650円	24,600円
第4段階	(施設・事業所 の設定による)	44,400円

※食費の負担限度と高額サービス費とで第2段階の基準が異なることに留意
(非課税年金の取扱い)

(3) 端数処理

利用料を軽減するときに1円未満の端数が出る場合については、軽減額の1円未満の端数を切り捨てます。(利用者に請求する金額は切り上げ)

(介護福祉施設サービスの例)

本来受け取る利用料の1割負担額が1,123円、食費が650円、居住費が490円で、軽減率が25/100の軽減対象者の場合

1割負担額	1,123円	$\times 25 / 100 = 280.75$ 円
食費	650円	$\times 25 / 100 = 162.5$ 円
居住費	490円	$\times 25 / 100 = 122.5$ 円
<hr/>		
計	2,263円	564円

- 本来受け取る利用料 2,263円
- 軽減額 564円
- 利用者に請求する金額 1,699円

2 領収証の交付

領収証について、領収金額の内訳、軽減対象の利用料及び軽減額がわかりやすいように、記載項目を整理してください。

<Ⅲ 補助金の様式作成の留意点について>

1 共通の留意点

(1) 端数処理

各種様式を作成するとき1円未満の端数が出る場合については、それぞれの項目で1円未満の端数を切り捨てます。

(2) 押印

各種様式及び提出書類に押印をしていただくものがありますが、次の点に留意してください。

① 押印していただく印は、法人印・代表者印を兼ねた印、又は、法人印及び代表者印です。

例えば、「社会福祉法人 ◇◇◇会 理事長 ×××××」の場合は、「社会福祉法人◇◇◇会 理事長之印」、又は「社会福祉法人◇◇◇会之印」及び「理事長之印」となります。

② 押印は、丁寧に行ってください。

印影が薄い、欠けているなど、印影の一部が読みとれないことがあると、差し替えの対象となる場合があります。

(3) 抄本の作成

交付申請及び実績報告のときに、収支予算書抄本及び収支決算（見込）書抄本を提出しますが、次の点に留意してください。

① 原本証明するときは、次の事項のすべてを記入します。

- ・原本証明する旨の言葉
- ・年月日
- ・法人所在地
- ・法人名
- ・代表者職氏名
- ・法人印・代表者印を兼ねた印、又は、法人印及び代表者印

※ 年月日は、市が指示する日付を記入してください。

② 抄本が2枚以上になるときは、抄本の背を袋とじにするか、各紙の間に割印を押印します。

③ 収支予算書抄本及び収支決算（見込）書抄本は事業所ごとの利用者負担収入が分かる内容のものとしてください。

<IV Q&A及び各様式の記入例>

これまでに寄せられた質問についてまとめたQ&A及び各様式の記入例です。軽減及び様式作成の参考にしてください。

- 1 所要見込額調書個表（第4号、第5号様式）で、補助対象額、全額公費分、100分の50公費分、補助基本額、補助所要額を算定した結果、いずれかの項目がマイナスとなった場合に、その項目をマイナスのまま算定を続けるか。

質問にある各項目において算定結果がマイナスとなった場合は、その項目を「0円」として取り扱います。

- 2 通所介護で、8時間を超える延長サービスを実施した場合の、夕食の食費を軽減の対象にできるか。

通所介護の計画において、8時間を超える延長サービスを位置づけ、夕食も計画に含んでいる場合は、軽減の対象にできます。

- 3 短期入所生活介護で、支給限度額を超えてサービスを提供した場合の、支給限度額を超えた全額自己負担分も軽減の対象にできるか。

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び小規模多機能型居宅介護のいずれのサービスも、**支給限度額を超えた全額自己負担分は軽減の対象にできません。**

通所介護、短期入所生活介護の食費及び居住費は、支給限度額（又は給付管理票の計画単位数）が含まれる日数分（小数点以下切り上げ）まで軽減の対象にできます。

（例1）要介護2（19,616単位）、併設ユニット短期生活Ⅱ（743単位）、サービス提供体制強化加算Ⅰ（12単位）、送迎加算往復分（184単位×2回）で連続27日間利用し、支給限度額すべてを短期入所生活介護で利用した場合

$$\begin{aligned} \frac{19,616 \text{ 単位}}{\text{計画単位数}} \div \left\{ \frac{(743 \text{ 単位} + 12 \text{ 単位}) \times 27 \text{ 日} + 184 \text{ 単位} \times 2 \text{ 回}}{\text{短期入所生活介護のすべての単位数}} \right\} \times 27 \text{ 日} \\ = \frac{25.52 \dots \text{日}}{\text{小数点以下切り上げ}} \rightarrow \underline{26 \text{ 日}} \end{aligned}$$

※ この場合1割負担額は19,616円、食費及び居住費は2.6日分まで軽減対象となります。

4 短期入所生活介護で、連続30日を超えてサービスを提供した場合の、31日目とそれ以後の全額自己負担分も軽減の対象とできるか。

食費及び居住費のいずれも、31日目とそれ以後の全額自己負担分は、軽減の対象にできません。

5 利用料が未収となっている利用者について、軽減状況調書等にどのように記載するのか。

実績報告書の提出時点において、サービスを提供し、国保連合会に介護報酬の請求をしたにもかかわらず、利用者からの利用料が未収となっている場合であっても、軽減状況調書は通常と同じように記載し、その他の様式も作成してください。

6 申請書類について、様式の内容が同じであっても様式番号が市町村によって異なる場合があるが、様式番号を浜松市の要綱にあわせて修正して提出しなければ、受理されないか。

浜松市の様式番号と異なっていたり、様式番号が記載されていなかったりしても、そのほかの内容に不備がなければ受理します。

令和 年 月 日

（あて先）浜松市長 中野祐介

新たに軽減対象の事業が増える場合は、その事業の開始日とする。

法人所在地が県内の場合は、「（あて先）浜松市長 ……」と「静岡県知事 ……様」の各1部ずつを作成する。

所在地 浜松市中央区元城町〇〇番地の〇
 申請者 名称 社会福祉法人 ◇◇◇会
 代表者氏名 理事長 ××××× 印

（署名又は記名押印をしてください。）

社会福祉法人等による利用者負担軽減実施申出書
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

押印は、「法人印・代表者印を兼ねた印」、又は、「法人印及び代表者印」とする。以下同様。

浜松市介護施設利用者負担軽減補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度を実施するので申出します。

記

申請者	フリガナ 名称	…カイ 社会福祉法人 ◇◇◇会			
	主たる事務所の 所在地	（郵便番号 430-8652 ） 静岡県浜松市中央区元城町〇〇番地の〇			
	連絡先	電話番号	053-〇〇〇-××××	FAX 番号	053-〇〇〇-××△△
	代表者の職・氏名	職 名	■■■	フリガナ 氏 名	ハマツ タロウ 浜松 太郎
	代表者の住所	（郵便番号 430-8652 ） 静岡県浜松市中央区元城町××番地の×			
軽減 実施 予定 事業 所 の 状 況	事業所の名称	事業所の名称		事業所の名称	
		〇〇の郷		〇〇の郷	
		〇〇の郷		〇〇の郷	
		〇〇の郷		〇〇の郷	
		〇〇 ヘルパーセンター		〇〇 ヘルパーセンター	
		〇〇 ヘルパーセンター		〇〇 ヘルパーセンター	
		事業所で複数のサービスを実施している場合、それぞれのサービスごとに記入する。			

交付申請時のみ提出(3月)

令和〇〇年 3月 〇〇日

(あて先) 浜松市長 中野祐介

指定された日付。

所在地 浜松市中央区元城町〇〇番地の〇

申請者 名称 社会福祉法人 〇〇〇〇会

代表者氏名 理事長 ××××× 印

(署名又は記名押印をしてください。)

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金交付申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

浜松市介護施設利用者負担軽減補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費の補助金を交付されたく申請します。

また、同6条の規定により、市において、申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

記

平成29年度様式から市税の納付確認に関する文言が追加されている。

1. 補助事業の目的・内容及びその効果

(例) 低所得で特に生計が困難である者について、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図る

2. 補助事業の経費の配分・経費の使用方法（収支の計画）、当該補助事業の遂行に関する計画（事業の計画）並びに完了予定日

(例) 利用者負担収入見込額調書等により収入・事業計画を見込む
完了予定年月日 令和〇〇年 3月31日

各年度末の日付とする。

3. 補助事業の経費のうち、補助金によってまかなわれる部分以外の部分の負担方法

(例) 自法人負担

4. 補助事業に関して生ずる収入金の有無

(例) 無

5. 交付を受けようとする補助金の額及びその算出方法

金額は記入しない。

(例) 浜松市介護施設利用者負担軽減補助金交付要綱の第5条の各様式により算出

6. その他

所要見込額調書（変更所要見込額調書） 総括表

浜松市分

法人名 社会福祉法人 ◇◇◇会

区 分	補助所要額
訪問介護	円
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	円
夜間対応型訪問介護	円
介護予防訪問サービス	円
通所介護	円 48,000
地域密着型通所介護	円
認知症対応型通所介護	円
介護予防認知症対応型通所介護	円
介護予防通所サービス	円
短期入所生活介護	円
介護予防短期入所生活介護	円
小規模多機能型居宅介護	円
介護予防小規模多機能型居宅介護	円
複合型サービス	円
介護老人福祉施設	円 865,435
地域密着型介護老人福祉施設	円
計	円 913,435

第4号様式「所要見込額調書
個表」から、通所介護の補助
所要額[H]の浜松市分の総額
を記入する。（訪問介護、短期
入所も同様）

福祉施設は第5号様式[J]
より転記。

(注) 変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載すること。(円未満切捨て)

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書） 個表

[訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・介護予防訪問サービス
 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防通所サービス
 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護・複合型サービス]

1円未満の端数は、切り捨てにする。
 （そのほかの項目・サービスも同様。）

（ 令和〇〇年 4 月～ 令和〇〇年 9 月分 ）

サービス及び事業所ごとに作成する。

1 事業所全体の補助基本額

事業所名 ○〇デイサービスセンター

本来受領すべき 利用者負担収入A	100分の1相当額 B = A × 0.01	軽減総額 C	補助対象額 D = C - B	補助率 E	補助基本額 F = D × E
円	円	円	円		円
8,000,000	80,000	240,000	160,000	100分の50	80,000

第6号様式「利用者負担収入見込額調書」から、通所介護の計を記入する。

第13号様式の2「軽減状況調書」から、通所介護の軽減総額を記入する。

2 市町村別補助所要額

市町村名	市町村別軽減額 G	補助所要額 H = F × (G / C)
	円	円
浜松市	144,000	48,000
■■市	96,000	32,000
計	(=C) 240,000	

第13号様式の2「軽減状況調書」から、市町村ごとの軽減額を記入する。

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書） 個表

[介護老人福祉施設 ・ 地域密着型介護老人福祉施設]

（ 令和〇〇年 4 月～ 令和〇〇年 9 月分 ）

施設ごとに作成する。

1 施設全体の補助基本額

施設名 〇〇の郷

本来受領すべき利用者負担収入A	100分の1相当額 B = A × 0.01	100分の10相当額 C = A × 0.1	軽減総額 D	全額公費分 E = D - C	100分の50公費分 F = D - B - E	補助率 G	補助基本額 H = (F × G) + E
円	円	円	円	円	円		円
30,000,000	300,000	3,000,000	3,063,600	63,600	2,700,000	100分の50	1,413,600

第6号様式「利用者負担収入見込額調書」から介護福祉施設の計を記入する。

第14号様式の1「軽減状況調書」から軽減総額を記入する。

2 市町村別

市町村名	市町村別軽減額 I	補助所要額 J = H × (I / D)
	円	円
浜松市	1,875,600	865,435
■■市	1,188,000	548,164
計	(=D) 3,063,600	

第14号様式の1「軽減状況調書」から市町村ごとの軽減額を記入する。

補助所要額[J]の合計は、端数処理により補助基本額[H]とは一致しないことがある。（そのほかのサービスも同様。）

記入例（通所介護の場合）

サービス及び事業所、施設ごとに作成する。

利用者負担収入見込額調書（変更利用者負担収入見込額調書、利用者負担収入額調書）

（ 令和〇〇年 4 月～ 令和〇〇年 9 月分 ）

	事業所又は施設名			〇〇デイサービスセンター
	1割負担額	食費	居住費	計
	円	円	円	円
訪問介護				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
夜間対応型訪問介護				
介護予防訪問サービス				
通所介護	4,800,000	3,200,000		8,000,000
地域密着型通所介護				
認知症対応型通所介護				
介護予防認知症対応型通所介護				
介護予防通所サービス				
短期入所生活介護				
介護予防短期入所生活介護				
小規模多機能型居宅介護				
介護予防小規模多機能型居宅介護				
複合型サービス				
介護老人福祉施設				
地域密着型介護老人福祉施設				

資 金 状 況 調 べ

法人ごとに作成する。

法人名 社会福祉法人 ◇◇◇会

（単位：円）

区分 月別	収 入				支 出		支出残高
	浜松市 補助金	他市町村 補助金	法人負担	計	社会福祉法 人等軽減	計	
4月			275,300	275,300	275,300	275,300	
5月			275,300	275,300	275,300	275,300	
6月			275,300	275,300	275,300	275,300	
7月			275,300	275,300	275,300	275,300	
8月			275,300	275,300	275,300	275,300	
9月			275,300	275,300	275,300	275,300	
10月			275,300	275,300	275,300	275,300	
11月			275,300	275,300	275,300	275,300	
12月			275,300	275,300	275,300	275,300	
1月			275,300	275,300	275,300	275,300	
2月			275,300	275,300	275,300	275,300	
3月			275,300	275,300	275,300	275,300	
4月							
5月	913,435	580,164	-1,493,599				
計	913,435	580,164	1,810,001	3,303,600	3,303,600	3,303,600	

「法人負担」「社会福祉法人等軽減」のそれぞれに、月ごとの軽減額を記入する。

浜松市及び他市町村から受ける補助金の金額を記入する。

浜松市及び他市町村から受ける補助金の金額をマイナスで記入する。

（注）未経過の月分については、見込額を計上すること。

暴力団排除に関する誓約書

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約します。

また、浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

記

- 次に掲げる者のいずれにも該当しません。
 - 暴力団（浜松市暴力団排除条例（平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）
 - 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
 - 暴力団員等と密接な関係を有する者
 - 前3号に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

令和 年 月 日

指定された日付。

浜松市長あて

所在地

誓約者 名称

代表者氏名

（署名又は記名押印をしてください。）

交付申請時のみ提出(3月)

指定された日付。

令和〇〇年 3月 〇〇日

(あて先) 浜松市長 中野 祐介

所在地 浜松市中央区元城町〇〇番地の〇

申請者 名称 社会福祉法人 ◇◇◇会

代表者氏名 理事長 ××××× 印

(署名又は記名押印をしてください。)

実績報告書

日付は記入しない。

浜松市介護施設利用者負担軽減補助金交付要綱第9条の規定により、令和 年 月 日 付け浜松市指令 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。

文書番号は記入しない。

記

1 完了年月日

令和〇〇年3月31日

各年度末の日付とする。

2 事業の内容

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業

3 収支の状況及び補助事業により生ずる収入金

収支決算途中（補助金交付確定予定額）

金額は記入しない。

4 補助金の交付申請書と相違した場合はその理由

概算の予想外のサービスの増減があったため

5 交付確定を受けたい額

金 円

金額は記入しない。

6 その他

※ 以下浜松市記入

上記報告事項について審査いたしました。

年 月 日

審査担当氏名

印

審査結果の意見

法人ごとに作成する。

記入例

浜松市分

法人名 _____ 社会福祉法人 _____ 会

区 分	補助所要額 A	補助金交付決定額 B	補助金受入済額 C	差引不足額（C－B）		備 考
				超過額 D	不足額 E	
訪問介護	円	円	円	円	円	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
夜間対応型訪問介護						
介護予防訪問サービス						
通所介護	48,000					
地域密着型通所介護						
認知症対応型通所介護						
介護予防認知症対応型通所介護						
介護予防通所サービス						
短期入所生活介護						
介護予防短期入所生活介護						
小規模多機能型居宅介護						
介護予防小規模多機能型居宅介護						
複合型サービス						
介護老人福祉施設	865,435					
地域密着型介護老人福祉施設						
計	913,435					

第4号様式「所要見込額調書 個表」から、通所介護の補助所要額[H]の浜松市分の総額を記入する。（訪問介護、短期入所も同様。）

福祉施設は第5号様式[J]より転記。

記入例(通所介護の場合)

第13号様式の2 (第8条関係)

軽減状況調書〔 通所介護 〕

サービス及び事業所ごとに作成する。

サービスごとの様式が違います。

月ごとに作成する。

(令和〇〇年 4 月分)

事業所名 〇〇デイサービスセンター

通番	被保険者番号	確認番号	氏名	通所介護		
				1割負担額軽減額	食費軽減額	計
	0000112233	01065	〇〇 〇〇	3,000	1,000	4,000
	0001234567	01078	〇〇 〇〇	3,000	1,000	4,000
	0011122233	01095	〇〇 〇〇	3,000	1,000	4,000
			浜松市分	9,000	3,000	12,000
	0022334455	00034	〇〇 〇〇	3,000	1,000	4,000
	0023456789	00098	〇〇 〇〇	3,000	1,000	4,000
			■■市分	6,000	2,000	8,000
		合計		15,000	5,000	20,000

被保険者番号を記載してください。

確認番号を記載してください。

- (注)
- 1 本様式は対象サービス及び事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつけることとする。
 - 2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
 - 3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

記入例(福祉施設の場合)

第14号様式の1 (第8条関係)

軽減状況調書〔介護老人福祉施設〕

施設ごとに作成する。

月ごとに作成する。

サービスごとの様式が違います。

(令和〇〇年 4月分)

施設名 〇〇の郷

通番	被保険者番号	確認番号	氏名	介護老人福祉施設			計
				1割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
1	0000111111	1011	〇〇 〇〇	28,200	11,700	9,600	49,500
2	0002222222	1055	〇〇 〇〇	28,200	11,700	9,600	49,500
3	0022223333	1109	〇〇 〇〇	28,200	19,500	9,600	57,300
			浜松市分	84,600	42,900	28,800	156,300
4	0022221111	0016	〇〇 〇〇	28,200	11,700	9,600	49,500
5	0022220000	0043	〇〇 〇〇	28,200	11,700	9,600	49,500
			■■市分	56,400	23,400	19,200	99,000
		合計		141,000	66,300	48,000	255,300

被保険者番号を記載してください。

確認番号を記載してください。

(注)

- 1 本様式は施設ごとに作成することとする。
- 2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
- 3 施設において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

請 求 書

金額は記入しない。

金

円

日付は記入しない。

文書番号は記入しない。

ただし、令和 年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定（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費の補助金として、上記のとおり請求します。

令和〇〇年 4月 〇〇日

（あて先）浜松市長 中野祐介

指定された日付。

口座名義が法人名もしくは法人理事長ではない場合は、別に委任状が必要。

例 口座名義の例

・社会福祉法人 △△会理事長〇山△男 → 請求書のみで可

・特別養護老人ホーム◆◆園施設長〇山△男 → 委任状が必要。（理事長が施設長を務めていても必要。）

所在地
名称
代表者職氏名

静岡県浜松市中央区元城町〇〇番地の〇
社会福祉法人 ◇◇◇会
理事長 ××××× 印

口座振替先
金融機関名
口座種別
口座番号
口座名義

●●銀行 ■■支店
普通預金
0000000
シャカイクシホウジン ……カイ
社会福祉法人 ◇◇◇会

口座名義のフリガナは必ず記入する。