

## 新潟市社会福祉法人等による利用者負担軽減助成実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）施行に伴い、低所得で生計が困難である者及び生活保護受給者について、介護保険サービスの提供を行う事業者が実施する利用者負担軽減に対し助成することにより、同サービスの利用促進を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 助成の実施主体は新潟市とする。

### (助成の対象)

第3条 助成の対象は、第5条に定める助成対象サービスのいずれかを提供する社会福祉法人及び社会福祉法人以外の法人であって市長が認めるもの（以下「社会福祉法人等」という。）とする。

### (助成の内容)

第4条 助成の内容は、社会福祉法人等が利用者負担を軽減した総額のうち、本来受領すべき利用者負担収入に対する1%を超えた部分を対象とし、その2分の1を助成するものとする。

- 2 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及び指定介護老人福祉施設に係る利用者負担を軽減する社会福祉法人については、軽減した総額のうち、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10%を超える部分については、その全額を助成するものとする。
- 3 平成27年度及び平成28年度においては、自らの財政状況を踏まえて自主的に事業実施が可能である旨を申し出た社会福祉法人については、前2項に規定する助成措置を受けることなく利用者負担の軽減を実施することができるものとする。この場合も、助成措置以外の実施方法は第5条から第10条のとおりとする。

### (助成対象サービス等)

第5条 助成の対象となる介護保険サービス及び対象経費は、法に基づく訪問介護、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、複合型サービス、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、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（自己負担

割合が保険給付と同様のものに限る。)に係る利用者負担額並びに食費、居住費(滞在費)及び宿泊費(短期入所生活介護, 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護, 介護福祉施設サービス又は介護予防短期入所生活介護に係る食費及び居住費(滞在費)については, 介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。)に係る利用者負担額とする。

(軽減対象者)

第6条 助成の対象となる利用者負担軽減の対象者(以下「軽減対象者」という。)は, 次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 次に掲げるすべての要件を満たす者であって, 生計が困難な者として市長が認めたもの。
  - ① その属する世帯の世帯主及びすべての世帯員が市民税非課税者であること。
  - ② 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 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。
  - ⑤ 負担能力の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。
- (2) 旧措置入所者であって利用者負担割合が100分の5以下であるもの
- (3) 生活保護受給者
- (4) 平成25年8月1日施行の生活扶助基準等の改正に伴い生活保護が廃止された者であって, 廃止時点において, 次のいずれかにより居住費の利用者負担がなかった者のうち, 引き続き第1号の要件を満たす者
  - ① 本事業による軽減
  - ② 特定入所者介護(予防)サービス費の支給
- (5) 平成26年4月1日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって, 廃止時点において, 前号第1又は第2のいずれかにより居住費の利用者負担がなかった者のうち, 引き続き第1号の要件を満たす者
- (6) 平成27年4月1日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって, 廃止時点において, 第4号第1又は第2のいずれかにより居住費の利用者負担がなかった者のうち, 引き続き第1号の要件を満たす者

(軽減対象費用)

第7条 軽減対象者に係る利用者負担軽減は, 次の各号に掲げる区分に応じ, それぞれ当該各号に掲げる費用負担に対して行うものとする。

- (1) 前条第1号に該当する者 第5条に掲げる各介護保険サービスに係る利用者負

担並びに食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に係る利用者負担

- (2) 前条第2号に該当する者 第5条に掲げる居住費（滞在費）に係る利用者負担（ユニット型個室の利用に要する費用に限る。）
- (3) 前条第3号に該当する者 第5条に掲げる居住費（滞在費）に係る利用者負担（個室の利用に要する費用に限る。）
- (4) 前条第4号、第5号及び第6号に該当する者 第5条に掲げる各介護保険サービスに係る利用者負担並びに食費及び居住費（滞在費）に係る利用者負担

（軽減の程度）

第7条の2 利用者負担の軽減の程度は、利用者負担額の4分の1（老齢福祉年金受給者にあつ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前条第3号の利用者負担軽減は、全額行うものとする。

3 第1項の規定にかかわらず前条第4号の利用者負担軽減のうち、居住費（滞在費）に係る利用者負担軽減は、全額行うものとする。

（社会福祉法人等の申出等）

第8条 助成を受けようと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申出書（別記様式第1号（その1））により、市長に申し出なければならない。

2 第4条第3項の規定により利用者負担の軽減を実施する社会福祉法人は、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（別記様式第1号（その2））により、市長に申し出なければならない。

3 社会福祉法人等は利用者軽減を廃止するときは、社会福祉法人等による利用者負担軽減廃止届出書（別記様式第2号）により、市長に届け出なければならない。

（利用者負担軽減認定の申請）

第9条 社会福祉法人等が実施する利用者負担の軽減を受けようとする者は、社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書（別記様式第3号）により、次の各号に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- ① 介護保険被保険者証
- ② 収入等申告書及び第6条に規定する要件を満たすことを確認できる書類等
- ③ その他必要な書類等

（利用者負担軽減対象決定通知書の交付）

第10条 市長は、前条に規定する申請があつたときは、その内容を審査し、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（別記様式第4号）により申請者に決定内容（承認・非承認）を通知するものとする。

2 市長は、前条の規定により利用者負担の軽減を承認した者に対し社会福祉法人等利用

者負担軽減確認証（以下「確認証」という。）を交付するものとする。

- 3 確認証の交付は、第7条第1号又は第2号に掲げる者に該当するものにあつては別記様式第5号（その1）により、同条第3号に掲げる者に該当するものにあつては別記様式第5号（その2）により、同条第4号、第5号及び第6号に掲げる者に該当するものにあつては別記様式第5号（その3）により行うものとする。

（確認証の有効期限）

第11条 確認証の有効期限は、確認証を発行した月の属する年度の翌年度（確認証を発行した月が4月から7月までの場合にあつては、当該月の属する年度）の7月31日までとする。

（確認証の更新等）

第12条 確認証の交付を受けた者（以下「認定者」という。）であつて有効期限後においても確認証の交付が必要なものは、当該有効期限日までに第9条に基づく申請をしなければならない。

2 前項に基づく確認証の交付については、第10条の規定を準用するものとする。

3 認定者は確認証を汚損し、若しくは亡失したときは、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書（別記様式第6号）により市長に申請し、確認証の再交付をうけなければならない。

（確認証の提示）

第13条 認定者は、第5条に規定するサービスを受けるときは、本事業による軽減を行うサービス提供事業者に確認証を提示しなければならない。

（届出義務者）

第14条 認定者は、氏名又は住所に変更があつたときは、速やかに社会福祉法人等利用者負担軽減確認証変更・返還届出書（以下「届出書」という。）（別記様式第7号）に確認証を添えて市長に届け出なければならない。

2 認定者は、次の各号に一に該当する場合は、速やかに届出書により市長に届け出るとともに、確認証を返還しなければならない。

- (1) 要介護認定者でなくなった場合
- (2) 市外転出した場合
- (3) 認定要件に該当しなくなった場合
- (4) 死亡した場合

（報告）

第15条 社会福祉法人等はこの事業に関する帳簿等必要な書類を備え付けるものとし、

提供したサービス内容、利用回数等を記録の上、その結果を市長に報告するものとする。

(不正行為の禁止)

第16条 市長は虚偽その他不正な行為があったときは、既に助成を受けた額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定めるものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

(初回の有効期限)

2 平成12年5月31日までに認定された者に初回の有効期限は、第12条にかかわらず平成13年5月31日までとする。

(平成21年度及び平成22年度の費用の軽減に関する特例)

3 第7条の規定にかかわらず、平成21年4月1日から平成23年3月31日までの間における第5条に規定するサービスに係る利用者負担額の軽減の程度は、利用者負担額の100分の28とする。ただし、老齢福祉年金を受給している軽減対象者に対する軽減の程度は、利用者負担額の100分の53とする。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。ただし、第4条第2項の規定については、平成13年1月1日から、第8条第1項及び第9条の規定については平成13年3月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成13年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成15年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の日(以下「施行日」という。)前に提出し、又は交付された第10条又は第11条の規定による申請書、通知書その他の書類は、改正後の新潟市社会福祉法人等による利用者負担軽減助成実施要綱の相当規定により提出し、又は交付された申請書、通知書その他の書類とみなす。

附 則

この要綱は、平成23年4月27日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年12月21日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月10日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。









社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書

（宛先）新潟市長

年 月 日

次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確認について資料を添えて申請をします。

フリガナ		生年月日	年	月	日
本人又は申請代理人 氏名（自署）		性別		本人との関係	
申請代理人住所	〒 電話番号				

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
	住所	〒 電話番号		

利用者負担軽減対象 要件確認欄	<input type="checkbox"/> 年間収入が単身世帯で150万円以下（世帯員1人増ごとに50万円加算可） <input type="checkbox"/> 預貯金等の額が単身世帯で350万円以下（世帯員1人増ごとに100万円加算可） <input type="checkbox"/> 有価証券等の保有状況      なし      あり      円 <input type="checkbox"/> 日常生活に必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない <input type="checkbox"/> 負担能力のある親族等に扶養されていない <input type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していない ※別紙収入等申告書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者
--------------------	---

注 該当する項目の口にレ印をつけてください。

- 1 下記の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設が私の被保険者台帳及び受給者台帳を閲覧することに同意します。

市事業所コード		指定事業所番号	
居宅介護支援事業者 等の所在地及び名称	〒 電話番号		

- 2 居宅介護サービス計画の作成及び給付管理業務に必要があるときは、軽減の内容について居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設の関係人に提示すること、また、審査の際、私（対象者本人）と世帯員の市民税課税状況及び扶養の状況について区健康福祉課（介護保険課）の職員が調査することに同意します。

本人又は申請代理人氏名（自署）

様

新潟市長

印

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書

年 月 日にあなたが行った社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請について、以下のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者名	
--------	--	-------	--

決定年月日	年 月 日	決定事項	承認（非承認）
-------	-------	------	---------

## 現在の軽減決定事項

適用年月日及び有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで
軽減割合	
確認番号	

## 今回決定した軽減決定事項

適用年月日及び有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで
軽減割合	
確認番号	

## 承認しない理由

--

問い合わせ先  
所在地  
電話番号

## 不服の申立

上記の決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して、3か月以内に新潟市長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しの訴えは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市（訴訟において新潟市を代表する者は、市長となります。）を被告として提起することができます。ただし、審査請求を行った場合は、この決定の取消しの訴えは、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月分から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

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

被 保 険 者	番号					
	住所					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	
	適用年月日	年	月	日		
	有効期限	年	月	日		

軽減割合	
------	--

保険者番号並び に保険者の名称 及び印	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>5</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td> </tr> </table>	1	5	1	0	0	1
	1	5	1	0	0	1	
新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話（025）228-1000（大代表） <b>新潟市</b>	<table border="1"> <tr> <td>印</td> </tr> </table>	印					
印							

注意事項

- 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。  
 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、（介護予防）訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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、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。
- この確認証は、新潟市に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額（対象となるサービスにおけるサービス費、食費、居住費及び宿泊費）が前面に記載されている軽減割合により減額されます。
- 被保険者の資格がなくなったとき、軽減認定の要件に該当しなくなったときは、速やかに新潟市に返還してください。
- この証の記載事項に変更があったときは、速やかに新潟市に届け出てください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

確認番号

--	--	--	--	--	--	--	--



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											
被 保 険 者	番号										
	住所										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	年	月	日							
		性別									
	適用年月日	年	月	日							
有効期限	年	月	日								
軽減割合	／100（居住費については100／100）										
保険者番号並び に保険者の名称 及び印	<table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 5px;">新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話（025）228-1000（大代表）</p> <p style="font-size: 24px; margin-top: 10px; text-align: center;">新潟市</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 10px auto; text-align: center; line-height: 60px;">印</div>			1	5	1	0	0	1		
1	5	1	0	0	1						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>注意事項</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 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。 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、（介護予防）訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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、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。</li> <li>2 この確認証は、新潟市に申し出のあった事業者のみ有効です。</li> <li>3 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額（日常生活に要する費用については食費及び居住費に限る）が、表面に記載されている減額割合により減額されます。</li> <li>4 被保険者の資格がなくなったとき、軽減認定の要件に該当しなくなったときは、速やかに新潟市に返還してください。</li> <li>5 この証の記載事項に変更があったときは、速やかに新潟市に届け出てください。</li> <li>6 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。</li> </ol> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>確認番号</p> <table border="1" style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> <td style="width: 20px; height: 30px;"></td> </tr> </table> </div> </div>											

別記様式第6号（第12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

年 月 日

（宛先）新潟市長

下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。

被保険者番号		個人番号		
申請者氏名 （被保険者）		生年月日	年	月 日
住所			性別	男・女
確認番号		電話番号		
再交付理由				

別記様式第7号（第14条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証変更・返還届出書

年 月 日

（宛先）新潟市長

下記のとおり届け出ます。

届出者氏名 （被保険者）		生年月日	年 月 日
住所			性別 男・女
確認番号		電話番号	
変更等年月日	年 月 日		
届出事項 （番号に○を付けて下さい）	1 氏名変更 2 住所変更 3 要介護（要支援）認定者でなくなった。 4 市外転出 5 死亡 6 その他 ※ 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証を添えてください。		
変更内容	旧	新	