

四日市市告示第 3 3 7 号

四日市市社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度に係る支援事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和 4 年 4 月 2 0 日

四日市市長 森 智 広

四日市市社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度に係る支援事業実施要綱の一部を改正する要綱

四日市市社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度に係る支援事業実施要綱（平成 1 3 年四日市市告示第 3 2 8 号）の一部を次のように改正する。

第 1 号様式を次のように改める。

## 社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ		保険者番号	2 4 2 0 2 4		
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	生
住所	〒  電話番号				
利用サービス	1：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（旧措置入所者への該当 該当・非該当） 2：在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当 該当・非該当）				
介護老人福祉施設の所在地及び名称	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所の場合のみ記入 〒  電話番号				
		氏	名	生	年 月 日
世帯構成	世帯主	明・大・昭・平 年 月 日			
	世帯員	明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			
		明・大・昭・平 年 月 日			
<p>四日市市長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減の確認を申請します。</p> <p>なお、この申請に伴い必要な私、ならびに家族に関する市民税課税状況及び収入状況、預貯金等、資産、扶養の状況の有無、生活保護受給の有無について、市長が調査することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者（被保険者） 住所 _____ 氏名 _____ ㊟</p> <p>世帯員 住所 _____ 氏名 _____ ㊟</p> <p>住所 _____ 氏名 _____ ㊟</p> <p>住所 _____ 氏名 _____ ㊟</p> <p>住所 _____ 氏名 _____ ㊟</p>					

この申請書に、『**資産等申告書**（社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証交付申請に係る資産等申告書）』と、**収入や預貯金等を証明するものの写し**を添付してください。

『市記入欄』	審査結果	承認（25・50・生保等） ・ 不承認
1. 収入要件（基準内・基準外）	4. 資産要件（基準内・基準外）	7. 世帯課税状況（課税・非課税）
2. 預貯金要件（基準内・基準外）	5. 生保受給（受給有・受給無）	8. 老福年金受給（あり・なし）
3. 扶養要件（扶養なし・被扶養）	6. 保険料滞納（あり・なし）	

第 3 号様式及び第 4 号様式を次のように改める。

第3号様式（第9条関係）

（表面）

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	
確認番号	
受給者	住所 フリガナ
	氏名
	生年月日
介護保険 被保険者番号	
適用年月日	
有効期限	
減額内容	
発行機関名 及び印	2 4 2 0 2 4 四日市市 印

（裏面）

注意事項

- 一 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示してください。
- 二 対象となるサービスは、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及び第一号通所事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）です。
- 三 この確認証は、県に減額を行うことを申し出した事業者にのみ有効です。
- 四 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、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。）が、前面に記載されている減額割合により減額されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の要件に該当しなくなったとき又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 七 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ます。

第4号様式（第9条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証 ー生活保護受給者等ー

(表面)

(裏面)

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							
確認番号							
受給者	住所 フリガナ						
	氏名						
	生年月日						
介護保険番号							
適用年月日							
有効期限							
減額内容	(居住費・滞在費のみ) 100/100						
発行機関名 及び印	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>2</td><td>4</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td></tr> </table> 四日市市 印	2	4	2	0	2	4
2	4	2	0	2	4		

注 意 事 項

- 一 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示してください。
- 二 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、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、介護予防短期入所生活介護です。
- 三 この確認証は、県に減額を行うことを申し出た事業者へのみ有効です。
- 四 前記のサービスの居住費（滞在費）（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り。）が、前面に記載されている減額割合により減額されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の要件に該当しなくなったとき又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 七 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ます。

附 則

この要綱は、告示の日から施行する。

(健康福祉部介護保険課)