

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

（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		年 月 日											
確認番号													
受給者	住所												
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	年 月 日	男・女										
介護保険被保険者番号													
適用年月日		年 月 日から											
有効期限		年 月 日まで											
減額割合		/100											
発行機関名及び印		<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											

（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出してください。
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、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、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です。
三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
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及び居住費に限る）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、減額措置の要件に該当しなくなったとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を町に返してください。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、町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。

○ 証の大きさ

縦 128ミリ

横 91ミリ

第5号様式の2（第6条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証 生活保護受給者・支援給付受給者用
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

（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		年 月 日					
確認番号							
受給者	住所						
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	年 月 日	男・女				
介護保険被保険者番号							
適用年月日		年 月 日から					
有効期限		年 月 日まで					
減額割合		（居住費・滞在費のみ） 100/100					
発行機関名及び印		<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					

（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出してください。
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居者生活介護、介護予防短期入所生活介護です。
三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
四 前記のサービスの居住費（滞在費）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 生活保護受給者・支援給付受給者でなくなったとき、今後、前期のサービスを利用する見込みがないとき又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を町に返してください。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、町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。

○ 証の大きさ

縦 128ミリ

横 91ミリ

第8号様式の2（第12条、第14条、第16条関係）

所要見込額調書（変更所要見込調書、所要額調書）総括表

川島町 分

（法人名 ）

区分	助成金所要額
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	
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居者生活介護	
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	
介護予防小規模多機能型居宅介護	
計	

注) 変更所要額見込額の場合は、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。

第8号様式の3（第12条、第14条、第16条関係）

所要見込額調書（変更所要見込み額調書、所要額調書）個表

[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・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居者生活介護・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・介護予防小規模多機能型居宅介護]

（ 年 月～ 年 月分）

1 事業所全体の助成基本額

本来受領すべき 利用者負担収入A	1%相当額 B (A×0.01)	軽減総額 C	助成対象額 D (C-B)	助成率 E	助成基本額 F (D×E)
円	円	円	円	1/2	円

2 市町村別助成所要額

市町村名	市町村別計減額 G	助成所要額 H (G/C×F)
	円	円
計	(=C)	

注)

- 1 本様式は、対象サービスごと（事業所が複数ある場合は事業所ごと）に作成し、該当するサービスに○をつける。
- 2 A欄は、第8号様式の5「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）」の該当するサービスの計欄の金額を、対象サービスごと（事業所が複数ある場合は、事業所ごと）に記入する。
- 3 B欄は、A欄に1%を乗じた額とする。（円未満切り捨て）
- 4 C欄は、軽減した利用者負担額（1割負担額、食費、居住費等）の総額を記入する。
- 5 D欄は、C欄からB欄を減じた額とする。
- 6 F欄は、D欄に市の助成率Eを乗じて得た額とする。（円未満切り捨て）
- 7 G欄は、C欄の軽減総額を市町村別に記入する。
- 8 H欄は、助成基本額に市町村ごとの按分率（軽減総額に占める当町軽減額の比率）を乗じた額とし、当該額を請求することとする。
- 9 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。

第8号様式の4（第12条、第14条、第16条関係）

所要見込額調書（変更所要見込み額調書、所要額調書）個表

[地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、介護福祉施設サービス]

（ 年 月～ 年 月分）

1 事業所全体の助成基本額

本来受領すべき 利用者負担収入 A	1%相当額 B (A×0.01)	10%相当額 C (A×0.1)	軽減総額 D	全額公費分 E (D-C)	1/2 公費分 F (D-B-E)	助成率 G	助成基本額 H (F×G+E)
円	円	円	円	円	円	1/2	円

2 市町村別助成所要額

市町村名	市町村別計減額 I	助成所要額 J (I/D×H)
	円	円
計	(=D)	

注)

- 1 A欄は、第8号様式の6「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）」の介護福祉施設の計欄の金額を施設ごとに記入する。
- 2 B欄は、A欄に1%を乗じた額とする。（円未満切り捨て）
- 3 C欄は、A欄に10%を乗じた額とする。（円未満切り捨て）
- 4 D欄は、軽減した利用者負担額（1割負担額、食費、居住費等）の総額を記入する。ただし、介護福祉サービス利用者で旧措置入所者のうち、利用者負担割合が5%以下の者についてはユニット型個室にかかる利用者負担額のみとする。
- 5 E欄は、D欄からC欄を減じた額とし、マイナスの場合は、「0」と記入する。
- 6 F欄は、D欄からB欄及びE欄を減じた額とする。（円未満切り捨て）
- 7 H欄は、D欄に各市町村の助成率Gを乗じて得た額とする。（円未満切り捨て）
- 8 I欄は、D欄の軽減総額を市町村別に記入する。
- 9 J欄は、助成基本額に市町村ごとの按分率（軽減総額に占める当該市町村軽減額の比率）を乗じた額とし、当該助成所要額を請求することとする。（円未満切り捨て）
- 10 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。

第8号様式の5（第12条、第14条、第16条関係）

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）
（ 年 月～ 年 月分）

（事業所名 ）

	1割負担額	食費	滞在費	計
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				
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				

注

- 1 本様式は、「本来受領すべき利用者負担収入」について、対象サービスごとに（事業所又は施設が複数ある場合は事業所ごと）に作成する。
- 2 軽減対象者を含むすべての利用者から受領する利用者負担収入見込額（1割負担額、食費及び滞在費）を記入する。
- 3 軽減対象者については、軽減する前の利用者負担収入見込額とする。
- 4 変更利用者負担収入見込額調書の場合は、変更前の収入見込額を上段に括弧書きし、変更後の収入見込額を下段に記載する。

第8号様式の6（第12条、第14条、第16条関係）

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）
 （ 年 月～ 年 月分）

（事業所名 ）

	1割負担額	食費	滞在費	計
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				
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護				
介護福祉施設				
新規入所分				
旧措置入所者分				

注)

- 1 本様式は、「本来受領すべき利用者負担収入」について、対象サービスごとに（事業所又は施設が複数ある場合は事業所ごと）に作成する。
- 2 軽減対象者を含むすべての利用者から受領する利用者負担収入見込額（1割負担額、食費及び滞在費）を記入する。
- 3 軽減対象者については、軽減する前の利用者負担収入見込額とする。
- 4 変更利用者負担収入見込額調書の場合は、変更前の収入見込額を上段に括弧書きし、変更後の収入見込額を下段に記載する。
- 5 旧措置入所者のうち利用者負担割合が5%以下の者は、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額についてのみ対象とする。

第9号様式（第13条関係）

第 号
年 月 日

様

川島町長



社会福祉法人等による利用者負担軽減事業助成金交付決定通知

年 月 日付で申請のあった標記事業助成金について、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

記

- 1 交付決定額 金 _____ 円
- 2 事業の内容

年 月 日

川島町長 様

(住所)

(氏名)

印

社会福祉法人等による利用者負担軽減事業助成金変更交付申請書

年 月 日付け 第 号により交付決定のあった標記事業助成金について、下記のとおり事業の変更を申請します。

記

1 事業変更の理由

2 助成金の交付変更額

既交付決定額 _____ 円

交付変更申請額 _____ 円

差引増減額 _____ 円

第12号様式（第16条関係）

年 月 日

川島町長 様

(住所)

(氏名)

印

社会福祉法人等による利用者負担軽減事業助成金実績報告書

年 月 日付で交付決定を受けた標記助成金について、事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

精算額 金 _____ 円

第14号様式（第17条関係）

川島町長 様

年 月 日

法人所在地

法人名

代表者の職 氏名

印

請 求 書

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた川島町社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度事業助成金について、下記のとおり請求いたします。

記

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先 金融機関
支店名
預金種別
口座番号
口座名義人

別表(第3条関係)

軽減の対象となるサービス	軽減対象費用		事業所の軽減割合数値数 (請求から差引く額)	町への申請(請求額)
訪問介護 夜間対応型訪問介護 介護予防訪問介護	1割負担額	法第43条第1項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び法第55条第1項に規定する介護予防サービス費等区分支給限度基準額を超えないものに限る。	左記軽減対象費用から軽減率1/4(高齢福祉年金受給者は1/2、生活保護受給者及び支援給付者については、個室の居住費の全額)をかけた数値	請求書から差引く額から、当該社会福祉法人が全ての利用者から受領すべき利用者負担収入(軽減対象者及び対象者外の方の軽減対象費用の合計)の1%を引いた残りの1/2 ※請求書から差引く額から、当該社会福祉法人が全ての利用者から受領すべき利用者負担収入の1%を引いた残りの額がない場合は、全額事業所の負担となります。 ※指定介護老人福祉施設の場合は、当該社会福祉法人が全ての利用者から受領すべき利用者負担収入の1%に10%を乗じて得た額から、請求書から差引く額を控除して得た額がある場合は、その額については、全て町へ請求できます。
通所介護 認知症対応型通所介護 介護予防通所介護 介護予防認知症対応型通所介護	1割負担額及び食費に係る利用者負担額			
短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	1割負担額並びに食費、居住費に係る利用者負担 (生活保護受給者及び支援給付者については、個室の居住費のみ軽減制度の対象とする。)			
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	1割負担額並びに食費、居住費に係る利用者負担額			
指定地域密着型介護老人福祉施設	1割負担額並びに食費、居住費に係る利用者負担 (生活保護受給者及び支援給付者については、個室の居住費のみ軽減制度の対象とする。)			
指定介護老人福祉施設	1割負担額並びに食費、居住費に係る利用者負担 (旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者については、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担分のみを、生活保護受給者及び支援給付者については、個室の居住費のみ軽減制度の対象とする。)			