

社会福祉法人による利用者負担軽減事業実施要綱

制定 平成12年4月1日福高福第627号（市長決裁）

最近改正 令和2年6月1日健高施第635号（局長決裁）

（目的）

第1条 社会福祉法人による利用者負担軽減事業実施要綱（以下「要綱」という。）で定めるこの事業は、介護保険サービス等を提供する社会福祉法人が、低所得者で特に生計が困難である利用者に対し、利用者負担金の軽減措置を行った場合、その法人負担額の一部を市が助成すること等により、介護保険制度の円滑な運用を図ることを目的とする。

（軽減対象者）

第2条 軽減を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、横浜市の介護保険被保険者等で、次の各号のいずれかに該当する者（旧措置者入所者で従来型介護老人福祉施設を利用している利用者負担割合が5%以下の者を除く。）とする。

（1）第1号対象者

市民税世帯非課税かつ別表1に規定する要件1から4の全てに該当する者で介護保険利用者負担段階が第1段階の者

（2）第2号対象者

市民税世帯非課税かつ別表1に規定する要件1から4の全てに該当する者で介護保険利用者負担段階が第2段階又は第3段階の者

（3）第3号対象者

市民税世帯非課税かつ別表1に規定する要件1から4の全てに該当する者で介護保険利用者負担段階が第3段階の者

（4）第4号対象者

利用者負担が軽減されなければ生活保護受給者となる者

（5）第5号対象者

平成25年8月1日、平成26年4月1日、平成27年4月1日、平成30年10月1日、又は令和元年10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、廃止時点において本事業に基づく軽減又は特定入所者介護（予防）サービス費の支給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、第2号、第3号又は第4号に該当する者

（6）生活保護対象者

生活保護受給者（介護保険の被保険者ではない被保護者を含む。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者

（対象法人）

第3条 この事業を実施する法人及び軽減した利用者負担金の助成対象となる法人（以下「対象法人」という。）は、介護保険法の規定に基づく指定居宅サービス又は指定施設サービス等を実施する事業所において、横浜市民に対して第4条第1項各号に規定するサービスを提供する社会福祉法人とする。

- 2 対象法人の指定を受けようとする法人は、「社会福祉法人による利用者負担軽減実施申出書」（第1号様式及び第2号様式）により、神奈川県知事及び市長に申し出るものとする。
- 3 平成18年3月31日までに本事業の実施を申し出ていた事業所において、平成18年4月1日から介護予防事業を開始した場合は、前項の手続きを行なったものとみなす。

（対象サービス）

第4条 この要綱における利用者負担金軽減の対象となる介護保険サービス等（以下「対象サービス」という。）は、次の各号に掲げるサービスとする。

- (1) 介護老人福祉施設
 - (2) 通所介護
 - (3) 短期入所生活介護（横浜市生活支援ショートステイ事業実施要綱に係るサービスを含む。）
 - (4) 訪問介護（横浜市在宅生活支援ホームヘルプ事業実施要綱に係るサービスを含む。）
 - (5) 介護予防短期入所生活介護
 - (6) 介護予防認知症対応型通所介護
 - (7) 介護予防小規模多機能型居宅介護
 - (8) 夜間対応型訪問介護
 - (9) 認知症対応型通所介護
 - (10) 小規模多機能型居宅介護
 - (11) 地域密着型介護老人福祉施設
 - (12) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - (13) 看護小規模多機能型居宅介護
 - (14) 地域密着型通所介護
 - (15) 第1号訪問事業のうち旧介護予防訪問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。）
 - (16) 第1号通所事業のうち旧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。）
- 2 対象法人は、当該法人において実施する対象サービス全てに係る利用者負担金を軽減する。

（軽減額）

第5条 この要綱による利用者負担金の減額割合は、別表2のとおりとする。

- 2 軽減対象となる費用は次のとおりとする。
 - (1) 介護保険法の規定により定められた対象サービスに要した費用の100分の10に相当する額
 - (2) 食費の負担額
 - (3) 居住費（滞在費）及び宿泊費の負担額
 - (4) 横浜市生活支援ショートステイ事業実施要綱及び横浜市在宅生活支援ホームヘルプ事業実施要綱に規定する費用
- 3 前二項の規定にかかわらず、第2条第1項第2号に定める第2号対象者について、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護の利用に関する第2項第1号に係る費用は軽減対象としない。
- 4 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の支給対象外となる者について、

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の利用に関する、第2項第2号及び第3号に係る費用は軽減対象としない。

- 5 旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者が介護老人福祉施設のユニット型個室を利用した場合のみ、居住費に係る利用者負担額について軽減対象とする。
- 6 介護保険法第69条第1項の規定により、軽減対象者の介護保険被保険者証に給付額減額等の記載がある場合には、当該軽減対象者に対する第2項の適用に際して、同項中「100分の10」とあるのは、「100分の30」と読み替えるものとする。

(軽減手続き)

- 第6条 利用者負担金の軽減を受けようとする者は、「社会福祉法人による利用者負担軽減申請書」(第3号様式)及び「収入・資産状況申告書兼同意書」(第4号様式)にその属する世帯の世帯主及び全ての世帯員にかかる必要書類を添付して市長に提出するものとする。ただし、生活保護対象者については、「社会福祉法人による利用者負担軽減申請書」(第3号様式)のみを提出するものとする。
- 2 利用者負担金の軽減を受けようとする者が、「横浜市介護保険料の徴収猶予及び減免取扱要綱」に基づく申請、又は「横浜市介護サービス自己負担助成事業要綱」第6条に基づく申請を同時に行い、「横浜市介護保険料の徴収猶予及び減免取扱要綱」に基づく決定、又は「横浜市介護サービス自己負担助成事業要綱」第7条に基づく決定を受けた場合で、市長が特別な事由があると認めた場合には、その申請にあたって提出された「収入・資産状況申告書兼同意書」の写しを提出することで、その世帯の世帯主及び全ての世帯員にかかる必要書類の添付を省略できるものとする。
 - 3 前項に規定する申請については、本人又は家族の依頼を受けた事業所が行うことができる。

(軽減の決定)

- 第7条 市長は、前条の申請を受けて審査した結果、申請者が対象者に該当する場合は、「社会福祉法人による利用者負担軽減確認証」(第5号様式)(以下「確認証」という。)を発行する。
- 2 市長は、前条の申請を受け審査した結果、申請者が第2条各号のいずれにも該当しないと認めた場合には、社会福祉法人による利用者負担軽減非該当通知書(第6号様式)により申請者に通知する。
 - 3 市長は、前条の申請内容を審査するにあたり、利用者負担金の軽減を受けようとする者及びその者が属する世帯の世帯員全員の課税状況等の調査を行うものとする。

(確認証の提示)

- 第8条 対象者は、対象サービスを利用する際、確認証を対象法人に提示するものとする。
- 2 確認証の提示を受けた対象法人は、確認証の内容を基に第5条に規定する利用者負担金を軽減する。

(確認証の有効期間)

- 第9条 確認証の有効期間は、申請日の属する月の初日から、申請日の属する年度の翌年度(申請日の属する月が4月、5月又は6月の場合は、当該年度)の7月31日までとする。
- 2 既に確認証の交付を受けている者が、確認証の有効期間の終了後も引き続き助成を受けようとする場合は、更新申請を行うものとする。審査の結果、対象者に該当する場合は、有効期間が8月1

日からの確認証を発行する。

- 3 前二項の規定にかかわらず、申請が遅れたことにつき災害その他やむを得ない理由があると認められた場合には、申請日の属する月の初日以前であっても、第2条各号に該当する日まで、有効期間の開始日を遡及できるものとする。
- 4 確認証有効期間内に、第2条に定める軽減対象要件に該当しなくなった場合は、その事由が発生した日をもって非該当とする。

(住所変更申請)

- 第10条 既に確認証の交付を受けている対象者が、住所地のみを変更する場合、「社会福祉法人による利用者負担軽減申請書」(第3号様式)を市長に提出するものとする。
- 2 市長は、前項の申請があった場合、住所地の異動日から、住所地の異動日の属する年度の翌年度(申請日の属する月が4月、5月又は6月の場合は、当該年度)の7月31日までを有効期間とした確認証を発行する。

(区分変更申請)

- 第11条 既に確認証の交付を受けている対象者が、現在該当している区分と異なる区分に該当することとなった場合は、区分変更申請を行うことができる。
- 2 第6条の規定は、前項の申請について準用する。
 - 3 市長は、第2項の申請を受けて審査した結果、申請者が対象者に該当する場合は、確認証を発行するものとする。確認証の有効期間は、当該区分に該当した日から、当該区分に該当した日の属する年度の翌年度(申請日の属する月が4月、5月又は6月の場合は、当該年度)の7月31日までとする。

(軽減実施額に対する助成)

- 第12条 対象法人への助成の基準については、別途「社会福祉法人による利用者負担軽減事業実施事業所に対する補助金交付要綱」を定める。

(その他)

- 第13条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施について必要な事項は別途定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成13年3月30日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

(有効期間の経過措置)

- 2 第9条にかかわらず、平成15年4月1日から平成15年5月30日の間に第6条の申請があった場合

は、当該申請に係る有効期間は平成15年4月1日から平成16年6月30日までとする。

附 則

この要綱は、平成16年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

(有効期間の経過措置)

- 2 第9条にかかわらず、平成17年9月30日までの間に第6条の申請があった場合は、当該申請に係る有効期間は平成17年9月30日までとする。

附 則

この要綱は、平成17年7月1日から施行する。

(有効期間の経過措置)

- 2 第9条にかかわらず、平成17年9月30日までの有効期間の確認証が発行された者に対し、平成17年10月1日から平成18年6月30日までの確認証を発行する。ただし、旧措置者入所者で利用者負担割合が5%以下の者で、ユニット型介護老人福祉施設の個室を利用している者以外についてはこの限りではない。

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

この要綱は平成18年7月1日から施行する。

(その他)

- 2 平成17年度税制改正の影響により、介護保険利用者負担段階が第3段階から第4段に上昇する者で、別表2に規定する要件1から4に該当する者を第6号対象者とする特例措置は、平成18年7月1日から平成20年6月30日までとする。

附 則

この要綱は平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成22年4月1日から施行する。

(その他)

- 2 別表2に規定する減額割合は、平成21年4月1日から平成23年3月31日までとする。

附 則

この要綱は平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成24年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は平成26年6月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 第9条第2項の規定にかかわらず、平成26年度の更新については、有効期間が7月1日からの確認証を発行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は平成27年4月1日から施行する。

ただし、第5条第4項については、平成27年8月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 有効期間が平成27年7月31日までの確認証については、複合型サービスを、第4条第15号に規定する看護小規模多機能型居宅介護に読み替えるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 有効期間が平成28年7月31日までの確認証については、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（自己負担割合が保険給付と同様のもの）を、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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）に読み替えるものとする。
- 3 有効期間が平成28年7月31日までの確認証については、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）を、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に限る。）に読み替えるものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 有効期間が平成28年7月31日までの確認証については、軽減を受けることのできる介護サービスに、第4条第3号に規定する地域密着型通所介護を加えることとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は平成28年8月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は平成29年12月18日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は平成30年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に決裁処理の過程にある事案の処理については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は令和2年6月1日から施行する。

別表 1

1 収入基準

ア又はイのいずれかに該当すること

	世帯状況	軽減対象者が属する世帯の世帯主及び全ての世帯員の申請日の属する年中の収入金額の合計
ア	単身世帯	150万円以下
イ	2人以上の世帯	1人につき50万円を加算した金額以下

ただし、前表の規定にかかわらず、令和2年1月1日から令和2年7月31日までに第6条第1項に規定する申請を行った場合（非該当となった場合を除く）は、対象被保険者が属する世帯の世帯主及びすべての世帯員の申請日の属する年中の収入金額から年金生活者支援給付金の額を控除した額の合計が、ア又はイのいずれかに該当すること。

2 資産基準

ア又はイのいずれかに該当し、かつウにも該当すること

	世帯状況	軽減対象者が属する世帯の世帯主及び全ての世帯員の所有する預貯金、現金及び有価証券の合計額
ア	単身世帯	350万円以下
イ	2人以上の世帯	1人につき100万円を加算した金額以下
ウ	軽減対象者が属する世帯の世帯主及び全ての世帯員が、200㎡を超える居住用の土地又は家屋以外の不動産を所有していないこと	

3 負担能力のある親族等に扶養されていないこと

4 申請日の属する年度の前年度において介護保険料を滞納していないこと

別表 2

1 減額割合

		1号対象者	2、3号対象者	4号対象者	5号対象者	生活保護対象者	
介護保険法の規定により定められた対象サービスに要した費用の100分の10に相当する額		50%	25%	25% 又は 50%	25%	—	
食費の負担額		50%	25%	25% 又は 50%	25%	—	
居住費（滞在費）及び宿泊費の負担額		50%	25%	25% 又は 50%	100%	—	
居住費（滞在費）及び宿泊費の負担額※個室を利用した場合				25% 又は 50%		100%	
横浜市 生活支援 ショート ステイ事業	事業単価	50%	25%	25% 又は 50%	25%	—	
	居住費（滞在費）及び宿泊費の負担額			25% 又は 50%		100%	—
	居住費（滞在費）及び宿泊費の負担額 ※個室を利用した場合			25% 又は 50%			100%
横浜市在宅生活支援ホームヘルプ事業		50%	25%	25% 又は 50%	25%	—	
第1号訪問事業のうち旧介護予防訪問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。）		50%	25%	25% 又は 50%	25%	—	
第1号通所事業のうち旧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。）		50%	25%	25% 又は 50%	25%	—	

(第1号様式)

社会福祉法人による利用者負担軽減実施申出書

令和 年 月 日

(神奈川県知事)

殿

所在地

申請者

名称

印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者	フリガナ 法人の名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	代表者の職・ 氏名	職名		フリガナ 氏名		
	法人所在地	(郵便番号 -)				
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所の名称	所在地		実施事業の種類		
		〒				
		電話:		FAX:	事業者指定番号	
		〒				
		電話:		FAX:	事業者指定番号	
		〒				
	電話:		FAX:	事業者指定番号		
	〒					
	電話:		FAX:	事業者指定番号		

(第2号様式)

社会福祉法人による利用者負担軽減実施申出書

令和 年 月 日

(申出先)

横浜市長

所在地

申請者

名称

印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者	フリガナ 法人の名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	代表者の職・ 氏名	職名		フリガナ 氏名		
	法人所在地	(郵便番号 -)				
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所の名称	所在地		実施事業の種類		
		〒				
		電話:		FAX:	事業者指定番号	
		〒				
		電話:		FAX:	事業者指定番号	
		〒				
	電話:		FAX:	事業者指定番号		
	〒					
	電話:		FAX:	事業者指定番号		

(第3号様式)

<令和 年度>

受 付 印

社会福祉法人による利用者負担軽減申請書

(申請先) 横浜市 長 次のとおり申請します。

○申請事由を選択してください。

① 新規	② 更新	③ 変更
------	------	------

申請日		年		月		日
-----	--	---	--	---	--	---

○被保険者以外の方が申請書を記入する場合、記入してください。

申請者	住所										
	氏名	(印) 電話 ()									

○被保険者の情報を記入してください。

被保険者	住所	〒									
	(フリガナ)										
	氏名	(印) 電話 ()									
	介護保険被保険者番号										
	生年月日	明治	大正	昭和		年		月		日	

居宅介護（介護予防）支援事業者・サービス事業者に確認証の資格に関する情報を提供することに同意します。(印)

○被保険者の生活保護受給状況を記入してください。

生活保護受給状況	受給している					受給していない				
受給開始日	昭和	平成	令和		年		月		日	

※担当課処理欄

状況調査	変更申請事由	<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 区分変更		税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当							
	世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		収入基準	<input type="checkbox"/> 基準以上 <input type="checkbox"/> 基準未満							
	老齢福祉年金の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		資産基準	<input type="checkbox"/> 基準超過 <input type="checkbox"/> 基準以下							
	要介護区分	事業・支1・支2・1・2・3・4・5				世帯構成員数	人					
	認定有効期間		年		月		日から		年		月	

決定内容	区分	1号	2号	3号	4号	5号	生活保護	非該当				
	助成期間		年		月		日から		年		月	

収入・資産状況申告書兼同意書

(申告先) 横浜市 長 収入・資産の状況について次のとおり申告します。

申告年月日	年 月 日
-------	-------

申告者 (被保険者)	住所	代行者の場合の本人との関係 ① 家族 () ② その他 ()
	氏名	
代行者 (申告書記入者)	住所	代行者が申請する場合の理由 ()
	氏名	

◆同意署名欄	この申告内容並びに本人及び世帯員全員の課税状況等について、確認の必要がある場合には、関係機関に調査・照会を行うこと及び本申告書兼同意書を関係機関へ開示することに同意します。		
氏名	(被保険者本人) 印	(世帯員：続柄) 印	(世帯員：続柄) 印

◆特別定額給付金(10万円)の受領状況 (該当する「□」にチェック☑してください。)

受領済 受領予定 (申請済み・申請予定) 受領なし (申請なし)
※ 特別定額給付金(10万円)は、『世帯の収入状況』および『世帯の資産状況』に含みません。

◆世帯の収入状況 (世帯全員の年間収入の額(事業収入にあつては必要経費控除後の額)を記入してください。)

①年金収入	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> その他の年金	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> その他の年金	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> その他の年金	
	円	円	円	
②年金生活者支援給付金	円	円	円	
③給与収入	円	円	円	
④事業収入	円	円	円	
⑤財産処分運用収入	円	円	円	
⑥その他仕送り等	円	円	円	
⑦収入から控除すべき額	円	円	円	世帯全員の総計
合計(①~⑦) - (②+⑦)	円	円	円	円

◆世帯の資産状況 (世帯全員の現金・預貯金・有価証券等の額を全て記入してください。)

①現金	円	円	円	
②預貯金	円	円	円	
③有価証券	<input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 国債 <input type="checkbox"/> 地方債 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 国債 <input type="checkbox"/> 地方債 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 国債 <input type="checkbox"/> 地方債 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	円	円	円	世帯全員の総計
合計① + ② + ③	円	円	円	円

◆200㎡を超える居住用土地の所有又は居住用以外の土地家屋の所有の有無
(無 有)

※ 該当する「□」にチェック☑してください。

※ この様式は、適宜修正して使用することができるものとする。

(第5号様式)

その1

社会福祉法人による利用者負担軽減確認証						
被 保 険 者	番号					
	住所					
	氏名					
	生年月日					
助成期間						
減額割合						
交付年月日						
発行機関名及び印	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p>横浜市中区本町6丁目50番地の10 横浜市長</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">公印</div>					

注 意 事 項

- この確認証により軽減を受けることのできる介護保険サービスは、次のとおりです。利用する場合は、確認証を事業者に提示してください。
介護老人福祉施設、通所介護、（介護予防）短期入所生活介護、訪問介護、（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、夜間対応型訪問介護、地域密着型介護老人福祉施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護、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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）、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に限る。）
- この確認証は、横浜市及び神奈川県に申出のあった事業者のみ有効となります。
- 次の利用者負担金が表面に記載される減額割合により軽減されます。
介護保険法に定められたサービス利用者自己負担額、食費の負担額、居住費（滞在費）及び宿泊費の負担額、生活支援ショートステイ事業及び在宅生活支援ホームヘルプ事業に係る利用者負担額
※確認証に「適用外あり」と印字されている場合は、介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した際の利用者自己負担額は軽減されません。
- 横浜市の介護保険被保険者の資格がなくなったとき、軽減の対象要件に該当しなくなったとき及びこの証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、健康福祉局高齢施設課に届け出てください。
- 有効期間を経過した場合、この確認証は使用できません。
- 不正にこの証を使用した場合は、刑法の規定により処罰を受ける場合があります。

(第5号様式)

その2 別表1 収入基準におけるただし書の該当者については、以下の様式を使用する。

社会福祉法人による利用者負担軽減確認証							
被 保 険 者	番号						
	住所						
	氏名						
	生年月日						
助成期間							
減額割合	特						
交付年月日							
発行機関名及び印	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p style="text-align: center;">横浜市中区本町6丁目50番地の10 横浜市長</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-left: 20px;">公印</div>						

注 意 事 項

- この確認証により軽減を受けることのできる介護保険サービスは、次のとおりです。利用する場合は、確認証を事業者に提示してください。
介護老人福祉施設、通所介護、(介護予防)短期入所生活介護、訪問介護、(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、夜間対応型訪問介護、地域密着型介護老人福祉施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護、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(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)、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に限る。)
- この確認証は、横浜市及び神奈川県に申出のあった事業者のみ有効となります。
- 次の利用者負担金が表面に記載される減額割合により軽減されます。
介護保険法に定められたサービス利用者自己負担額、食費の負担額、居住費(滞在費)及び宿泊費の負担額、生活支援ショートステイ事業及び在宅生活支援ホームヘルプ事業に係る利用者負担額
※確認証に「適用外あり」と印字されている場合は、介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した際の利用者自己負担額は軽減されません。
- 横浜市の介護保険被保険者の資格がなくなったとき、軽減の対象要件に該当しなくなったとき及びこの証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、健康福祉局高齢施設課に届け出てください。
- 有効期間を経過した場合、この確認証は使用できません。
- 不正にこの証を使用した場合は、刑法の規定により処罰を受ける場合があります。

社会福祉法人による利用者負担軽減非該当通知書

〒 _____

_____ 様

横 浜 市 長

さきに申請のありました社会福祉法人による利用者負担軽減の認定については、次の理由により非該当と決定しましたので、通知します。

被保険者番号		申請日	令和 年 月 日
氏 名		生年月日	
住 所			
非該当の理由	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

この決定についてわからないことがあるときは、
健康福祉局高齢施設課（TEL 045-671-3923）へお問い合わせください。