

社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに
係る利用者負担額減額措置事業実施要領

平成 12 年 8 月 1 日
高齢保健福祉部長決裁

(目的)

第 1 条 この実施要領は、社会福祉法人等による生計困難者及び生活保護受給者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額減額措置事業実施要綱（以下「要綱」という。）の施行に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(減額の申し出)

第 1 条の 2 要綱第 2 条の規定による札幌市への申し出は、社会福祉法人等による利用者負担減額申出書（社会福祉法人等による利用者負担の減額措置）（様式 1）により、市長に行うものとする。

(対象者の範囲)

第 2 条 要綱第 4 条本文の規定による対象者の範囲は、次のとおりとする。

(1) 市町村民税世帯非課税であって以下の要件の全てを満たす者のうち、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長が認めた者及び生活保護受給者とする。

ア 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。

イ 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。

ウ 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

エ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

オ 介護保険料を滞納していないこと。

(2) 前各号に掲げる者に準ずると市長が認めた者。

(申請)

第 3 条 要綱第 6 条の規定による申請は、社会福祉法人等利用者負担減額対象確認申請書・収入等申告書（様式 2）により行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、区長が必要と認めるときは、前項に規定する以外の書類の提出を求め、又は前項の書類の提出を省略することができる。

3 区長は、第 1 項に規定する申請書の提出があったときは、当該申請書を審査し、要綱第 4 条に規定する対象者となる資格（以下「対象資格」という。）があると認めたときは、受給者台帳に登録した後、社会福祉法人等利用者負担減額対象決定通知書（様式 3）により当該申請者に通知し、対象資格がないと認めたときは、社会福祉法人等利用者負担減額対象決定通知書（様式 3-2）により当該申請者に通知し、変更したときは、社会福祉法人等利用者負担減額変更決定通知書（様式 4）により通知するものとする。

(確認証の交付)

第 4 条 要綱第 7 条に規定する確認証は、社会福祉法人等利用者負担減額確認証（様式 5）によるものとする。

(確認証の有効期限)

第5条 前条に規定する確認証の有効期限は、毎年8月1日から翌年7月末日までとし、同日の翌日に更新するものとする。ただし、市長が特に認めた場合は、この限りではない。

2 前項の規定にかかわらず、平成26年度については、平成26年7月1日から平成27年7月末日までとする。

(確認証の提示)

第6条 要綱第7条に規定する確認証の交付を受けた者（以下「減額対象者」という。）が、社会福祉法人等から要綱第3条に規定するサービスの提供を受けようとするときは、当該法人等に確認証を提示するものとする。

(届出)

第7条 要綱第8条第1項第1号の規定による届出は、社会福祉法人等利用者負担減額対象者住所氏名等変更届（様式6）により、同条同項第2号の規定による届出は、社会福祉法人等利用者負担減額資格喪失届（様式6）に確認証を添えて遅滞なく区長に行うものとする。

(確認証の再交付申請)

第8条 減額対象者が確認証を汚損し、又は紛失したときは、社会福祉法人等利用者負担減額確認証再交付申請書（様式7）により区長に確認証の再交付を申請することができる。

2 確認証を汚損したときの前項の申請には、当該汚損した確認証を添付しなければならない。

3 減額対象者は、確認証の再交付を受けた後において、紛失した確認証を発見したときは、すみやかに発見した確認証を区長に返還しなければならない。

(確認証の再交付)

第9条 区長は、第7条に規定する社会福祉法人等利用者負担減額対象者住所氏名等変更届、又は前条第1項に規定する社会福祉法人等利用者負担減額確認証再交付申請書の提出があったときは、確認証を作成して、これを当該申請者に交付するものとする。

(補助金の申請)

第10条 要綱第11条の規定による申請は、補助金交付申請書（様式8）により行うものとする。

(実績報告書の提出)

第11条 要綱第15条の規定による報告は、事業実績報告書（様式9）により行うものとする。

附 則

1 この実施要領は、平成12年8月1日から施行し、平成12年4月1日から適用する。

附 則

1 この実施要領は、平成13年6月8日から施行し、平成13年7月1日から適用する。

附 則

1 この実施要領は、平成15年3月26日から施行し、平成15年7月1日から適用する。

附 則

1 この実施要領は、平成15年10月15日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

附 則

1 この実施要領は、平成17年9月30日から施行し、平成17年10月1日から適用する。

2 平成17年9月30日において現に交付している確認証の有効期限は、平成17年9月30日

までとする。

- 3 平成 17 年 9 月 30 日において現に確認証の交付を受け、平成 17 年 10 月 1 日以降、改正後の規定に基づき申請を行う者については、平成 18 年 6 月 30 日までの間、次の各号に掲げる取扱いとする。

- (1) 改正後の第 2 条の規定は適用せず、改正前の第 2 条の規定を適用する。

- (2) 第 3 条の規定に係らず申請の様式は別に定める。

- 4 改正後の規定に基づき交付する確認証の有効期限は、第 5 条の規定に係らず、平成 17 年度においては、平成 17 年 10 月 1 日から平成 18 年 6 月末日までとする。

附 則

- 1 この実施要領は、平成 18 年 4 月 24 日から施行し、平成 18 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 18 年 6 月 15 日保健福祉局長決裁）

- 1 この実施要領は、平成 18 年 7 月 1 日から施行する。

附 則（平成 21 年 3 月 31 日保健福祉局長決裁）

- 1 この実施要領は、平成 21 年 5 月 20 日から施行し、平成 21 年 4 月 1 日から適用する。

- 2 この実施要領の施行の日において、現に交付されている第 4 条に規定する社会福祉法人等利用者負担減額確認証中「25/100」とあるのは「28/100」と、「50/100」とあるのは「53/100」と読み替えるものとする。ただし、食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に係る利用者負担額の減額割合については、従前の例による。

附 則（平成 23 年 4 月 12 日保健福祉局長決裁）

- 1 この実施要領は、平成 23 年 4 月 12 日から施行し、平成 23 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 25 年 8 月 6 日保健福祉局長決裁）

- 1 この実施要領は、平成 25 年 8 月 6 日から施行し、平成 25 年 8 月 1 日から適用する。

附 則（平成 26 年 3 月 28 日保健福祉局長決裁）

- 1 この実施要領は、平成 26 年 3 月 28 日から施行し、平成 26 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 27 年 4 月 9 日保健福祉局長決裁）

- 1 この実施要領は、平成 27 年 4 月 9 日から施行し、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 28 年 1 月 22 日保健福祉局長決裁）

- 1 この実施要領は、平成 28 年 1 月 22 日から施行し、平成 28 年 1 月 1 日から適用する。

附 則（令和 3 年 8 月 30 日高齢福祉担当局長決裁）

- 1 この実施要領は、令和 3 年 8 月 30 日から施行し、令和 3 年 9 月 1 日から適用する。

附 則（令和 4 年 1 月 7 日高齢福祉担当局長決裁）

- 1 この実施要領は、令和 4 年 1 月 7 日から施行し、令和 4 年 1 月 1 日から適用する。

附 則（令和 7 年 7 月 4 日高齢保健福祉部長決裁）

- 1 この実施要領は、令和 7 年 7 月 4 日から施行し、令和 7 年 6 月 1 日から適用する。

様式 1

社会福祉法人等による利用者負担減額申出書
(社会福祉法人等による利用者負担の減額措置)

区分	1 社会福祉法人	2 民間企業	3 その他法人	4 市町村
令和 年 月 日				
札幌市長様				
所在地 事業者 名称 代表者氏名				
社会福祉法人等による利用者負担の減額を次のとおり実施するので申し出ます。				
法人の 主たる 事務所	フリガナ 名称			
	主たる事務 所の所在地	(郵便番号 ー)		
	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
	担当者の 職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名
減額 実施 事業所	事業所の名称	実施事業の種類	事業所所在地等	
			住所： TEL Fax	
			住所： TEL Fax	
			住所： TEL Fax	
			住所： TEL Fax	
			住所： TEL Fax	
(減額措置の概要：詳細は別添資料のとおり)				

社会福祉法人等利用者負担減額対象確認申請書・収入等申告書

ふりがな		申請年月日		令和 年 月 日									
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日		性別 男・女									
被保険者住所		〒 電話番号 ()											
【家族の状況等】※記入上の注意をよくお読みになり、もれなく記入願います。													
《記入上の注意》		◎申請者及び生計を同一にする世帯員について、全て記入してください。 ◎収入は、年金収入、給与収入、不動産収入など、全ての収入額（年額）を記入してください。遺族年金や障がい年金などの非課税年金や、仕送りなども含みます。 ◎預貯金等は、預金、貯金の他に、有価証券や債券なども含みます。											
家族の状況	人員	ふりがな 氏 名	続柄	性別	年齢	生年月日	収入（年額）、預貯金等の状況						
	申請者		本人				収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他()			
							預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他()			
	2		男・女	明大昭平		収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他()				
						預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他()				
	3		男・女	明大昭平		収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他()				
						預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他()				
	4		男・女	明大昭平		収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他()				
						預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他()				
	5		男・女	明大昭平		収入額	円	種類	年金収入、給与収入 その他()				
						預貯金等額	円	種類	預金、貯金 その他()				
	申 告 項 目							いずれかに○を付けてください。					
	◎私は、生活保護を受給							しています。			していません。		
	◎私の世帯の収入は、基準額 ※基準額＝単身世帯150万円、世帯員が1人増える毎50万円加算							以下です。			を超えています。		
◎私の世帯の預貯金等の額は、基準額 ※基準額＝単身世帯350万円、世帯員が1人増える毎100万円加算							以下です。			を超えています。			
◎私の世帯は、自宅など日常生活のために必要な資産以外に、資産は							ありません。			あります。			
◎私は、課税世帯に扶養							されていません。			されています。			
◎私は、介護保険料を滞納							していません。			しています。			
◎私は、生活扶助基準等の改正に伴い、生活保護が廃止され、廃止時点において本事業に基づく減額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に							該当します。			該当しません。			
◎収入の額が判る書類（源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書等）の写しを添付してください。 ◎預貯金の額が判る書類（預金通帳、貯金通帳）の写しを添付してください。 【添付書類】◎生活保護が廃止されたことが判る書類（保護廃止決定通知書）の写しを添付してください。 ◎社会福祉法人等利用者負担減額確認証（生活保護受給者用）の写し又は（特定）負担限度額認定証の写しを添付してください。													
（あて先）札幌市 区長 上記のとおり、添付書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担の減額対象確認の申請及び収入等の申告をします。この申請（申告）書の記載内容及び添付書類は事実と相違ありません。 また、この申請（申告）に関して市町村が必要とするときは、市町村が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。 本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 代筆者住所 _____													
札幌市記入欄		備考		□個人番号確認									

年 月 日にあなたが行なった社会福祉法人等による利用者負担減額対象
について、下記のとおり決定しましたので通知します。

[illegible]

決定年月日		年	月	日
承認する	適用年月日： 年 月 日			
	有効期限： 年 月 日			

- 6 -

様
札幌市 区 印
札 年 号
月

社会福祉法人等利用者負担減額対象決定通知書

年 月 日にあなたが行なった社会福祉法人等による利用者負担減額対象確認の申請について、下記のとおり 決定しましたので通知します。

被保険者番号																被保険者氏名	
決定年月日	年 月 日																
承認しない	適用年月日： 年 月 日 有効期限： 年 月 日																

備考 この様式により 難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

様
札幌市 区 印
札 年 号
月

社会福祉法人等利用者負担減額変更決定通知書

年 月 日にあなたが行なった社会福祉法人等による利用者負担減額の申請について、
下記のとおり 変更しましたので通知します。

被保険者番号																被保険者氏名	
決定年月日	年 月 日																
変更前	適用年月日： 年 月 日																
	有効期限： 年 月 日																
変更後	適用年月日： 年 月 日																
	有効期限： 年 月 日																
理由																	

表

裏

社会福祉法人等利用者負担減額確認証

交付年月日

被 保 険 者	番号											
	住所											
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
適用年月日		から										
有効期限		まで										
減額割合		／100										
確認番号												
保険者番号並びに発行機関名及び印 札幌市 電話番号		印										

注意事項

一次の介護予防サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業所に提出してください。対象となるサービスは、(地域密着型)介護老人福祉施設(入所者生活介護)、(夜間対応型)訪問介護、(認知症対応型)介護予防通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、(介護予防)短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス並びに第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に自己負担割合が5%以下の方は、ユニット型個室の居住費のみが対象となり、利用者負担段階が第2段階の方は、(地域密着型)介護老人福祉施設(入所者生活介護)、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの利用者負担額(一割負担)は対象になります。なお、生活保護受給者及び特別措置対象者の場合は、(個室)居住費の利用者負担額的全額が軽減されます。介護保険被保険者の資格がなくなったときは、滞滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届を出した際には、この証を添えてください。

五 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、市町村にその旨を届け出てください。

六 不正にこの証を行使した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。七 この証の内容は、制度改正により変更となる場合がありますのでご承知おきください。

様式6

社会福祉法人等利用者負担減額対象者住所氏名等変更届
社会福祉法人等利用者負担減額資格喪失届

年 月 日

札幌市 区長 様

住 所 札幌市 区

氏 名

(減額対象者との関係)

下記のとおり届出します。(電話番号 -)

減額対象者	住 所	札幌市 区																				
	フリガナ 氏 名											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	確認証交付日	年 月 日										性 別	男 ・ 女									
	資格取得日	年 月 日										被保険者番号										
	確認番号											個人番号										

変更	変更理由	変 更 後 の 内 容														
	☐ 氏名の変更	新氏名														
	☐ 住所変更	新住所	札幌市 区													
	☐ その他															
	事由発生年月日	年 月 日														

喪失	喪失事由	備 考														
	☐ 死亡															
	☐ 他市町村 への転出															
	☐ その他															
	事由発生年月日	年 月 日					受給者証回収年月日	年 月 日								

上記のとおり処理してよろしいか。注 ※欄は記入しないでください。

※ 決定年月日 年 月 日	課 長	係 長	係

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

様式 7

社会福祉法人等利用者負担減額確認証再交付申請書

年 月 日

札幌市 区長 様

住 所 札幌市 区

氏 名

(減額対象者との関係)

下記のとおり確認証の再交付を (電話番号 ー)

減額対象者	住 所	札幌市 区																
	フリガナ 氏 名							生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	確認証交付日	年 月 日						性 別	男 ・ 女									
	資格取得日	年 月 日						被保険者番号										
	確認番号							個人番号										

再 交 付 事 由																		
☐ 破損した ☐ 汚損した ☐ 紛失した ☐ その他 ()																		
再 交 付 年 月 日		年 月 日																

注 ※欄は記入しないでください。

上記のとおり確認証を再交付してよろしいか。

※ 決定年月日 年 月 日	課 長	係 長	係

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

年 月 日

(あて先) 札幌市長

法人所在地
法人名
法人代表者

補 助 金 交 付 申 請 書

年度の社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置事業補助金に交付を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。

1 補助金交付申請額 金 円

2 添 付 書 類

年 月 日

(あて先) 札幌市長

法人所在地
法人名
法人代表者

年度の社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険
サービスに係る利用者負担額減額措置事業補助金に関する報告書

このことについて、補助事業を完了したので、次のとおり関係書類を添えて報告いたします。

- 1 添付書類
- 2 上記のとおり請求します。下記の口座に振り込んでください。

郵便番号	
住 所	
氏 名	
フリガナ	

振 込 先 金 融 機 関	
(金融機関名称)	(本・支店名)

預金種目	口座番号
1 普通	