

## 伊勢原市低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金支給実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、低所得の要介護者等被保険者が介護サービスを受けた場合に、当該介護サービスに係る利用者負担額の範囲内で当該要介護等被保険者に対し、低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金（以下「助成金」という。）を支給することについて、伊勢原市補助金等の交付規則（昭和55年伊勢原市規則第19号）に規定するもののほか必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱において次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 要介護等被保険者 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第7条第3項に規定する要介護者及び法第7条第4項に規定する要支援者をいう。
- (2) 介護サービス 法第8条第1項に規定する居宅サービス及び法第8条第25項に規定する施設サービスをいう。
- (3) 利用者負担額 次のアに掲げる額からイ及びウに掲げる額を控除して得た額又はエに掲げる額からオ及びカに掲げる額を控除して得た額をいう。
  - ア 要介護等被保険者が受けた居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）又は施設サービスに要した費用の合算額として介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）第22条の2の2の規定により算定した額
  - イ アの費用につき支給された居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、施設介護サービス費、施設介護サービス費及び特例施設介護サービス費の合計額
  - ウ 伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金交付要綱（平成17年伊勢原市告示第97号）により社会福祉法人等から軽減を受けた額（居住費及び食費を除く。以下「社会福祉法人軽減額」という。）及び法第51条に規定する高額介護サービス費の合計額
  - エ 要介護等被保険者が受けた居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）に要した費用の合算額として政令第29条の2の2の規定により算定した額
  - オ エの費用につき支給された介護予防サービス費及び特例介護予防サービス費の合計額
  - カ 社会福祉法人軽減額及び法第61条に規定する高額介護予防サービス費の合計額

### (対象者)

第3条 助成金の支給を受けることのできる要介護等被保険者は、政令第38条第1項第1号イ又はロの規定に該当する者とする。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めた者に対しては助成金を支給するものとする。

### (助成申請)

第4条 助成金の支給を受けようとする者は、低所得要介護等被保険者利用者負担額助成申請書（第1号様式）により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項に規定する申請があった場合は、速やかにその適否を決定しなければならない。

3 市長は、前項の規定により助成を承認する旨又は助成を承認しない旨の決定をしたときは、利用者負担額助成決定通知書（第2号様式）により当該申請者に通知し、低所得要介護等被保険者利用者負担額助成認定証（第3号様式）を交付しなければならない。

（助成金の額）

第5条 助成金の額は、月を単位として利用者負担額の範囲内で支給するものとする。

（支給申請）

第6条 助成金の支給を受けようとする者は、月を単位として低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金支給申請書（第4号様式）により市長に申請するものとする。

（助成金の代理受領）

第7条 第3条に規定する対象者に介護サービスを提供した介護サービス事業者は、月を単位として、低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金支給申請書に居宅サービス介護給付費明細書又は施設サービス等介護給付費明細書を添付し、当該要介護等被保険者に代わり利用者負担額の範囲内で助成金の支給を受けることができる。この場合において、介護サービス事業者は、当該要介護等被保険者から当該支給の対象となる利用者負担額を徴収してはならない。

（支給決定）

第8条 市長は、第6条又は第7条の規定による申請があった場合は、関係書類を審査の上、支給の適否を決定しなければならない。

2 市長は、前項の規定により支給の適否を決定したときは、申請者に通知しなければならない。

（委任）

第9条 この要綱に定めるもののほか、低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金の支給に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、平成17年10月1日から施行する。

（伊勢原市低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金実施要綱の廃止）

2 伊勢原市低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金実施要綱（平成13年4月1日施行）は、廃止する。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附 則（平成28年3月31日告示第90号）

この告示は、平成28年4月1日から適用する。

附 則（令和3年10月4日告示第239号）

この告示は、公表の日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

低所得要介護等被保険者利用者負担額助成申請書

被保険者氏名	(フリガナ)	保険者番号	■■■■	1	4	2	1	4	1
	-----	被保険者番号	----	----	----	----	----	----	----
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								
住所	〒 電話番号（ ） -								
世帯構成		氏名	生年月日						
	世帯主		M・T・S . .						
	世帯員	-----	-----						
		-----	-----						

伊勢原市長 殿

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額の助成を申請します。

年 月 日

住所

申請者

電話番号（ ） -

(申請代理人) 氏名

■市記入欄

交付年月日	備 考
----- 年 月 日	
適用年月日	
----- 年 月 日から	
有効期限	
----- 年 月 日まで	

■市記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

調査年月日          年    月    日

世帯課税状況

氏 名	課税の有無	備 考（所得等）
（世帯主）	有 ・ 無	
	有 ・ 無	
	有 ・ 無	
	有 ・ 無	
	有 ・ 無	
	有 ・ 無	

介護保険料の段階（第 1 段階）

老齢福祉年金受給（ 有 ・ 無 ）

その他

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

減額証発行

文書番号

発行年月日          .    .

伊 第          号

処 理

殿

伊勢原市長 印

利用者負担額助成決定通知書

先に申請のありました低所得要介護等被保険者利用者負担額助成については、次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
決定事項	
1 承認する	適用年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日 (承認内容) <input type="checkbox"/> 助成金の割合 介護サービスを利用した場合の利用者負担額に対する割合 <p style="text-align: right;">100 / 100 (=利用者負担額)</p>
2 承認しない	理由

この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、処分を知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。また、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

◆問い合わせ先

伊勢原市 課  
伊勢原市田中348番地 電話番号

低所得要介護等被保険者利用者負担額 助成認定証		<span style="font-size: 2em; font-weight: bold;">助</span>						
交付年月日                      年    月    日								
被 保 者 検 査 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ	-----						
	氏 名							
	生年月日	明・大・昭    年    月    日						
	適 用 年月日	平成    年    月    日から						
有 効 期 限	平成    年    月    日まで							
助成の割合 認定事項	助成の割合                      /100							
保険者番号 並びに保 険者名及び印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">1</td> </tr> </table> 神奈川県 伊勢原市 〒259-1188 伊勢原市田中348番地 0463-94-4711(代)		1	4	2	1	4	1
1	4	2	1	4	1			

- 注 意 事 項**
- 一 介護サービスを受けるときは、**必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口へ提出**してください。
  - 二 介護保険サービスを受けた時に支払った金額について、助成の割合に応じて助成金を支給しますので、領収書を御持参のうえ、市役所介護高齢福祉課まで申請してください。なお、負担された費用のうち、一部助成の対象とならない費用がありますので、御注意ください。
  - 三 被保険者の資格がなくなったとき、助成の認定の要件に該当しなくなったとき、又は助成の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を**伊勢原市に返**してください。また、転出の届出をする際は、この証を添えてください。
  - 四 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、伊勢原市にその旨を届けてください。
  - 五 不正にこの証を使用した場合は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

低所得要介護等被保険者利用者負担額助成金支給申請書

請求 年 月 分

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		1	4	2	1	4	1
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		被保険者番号					
住所		〒							
利用者負担額		円		請求額		円			
利用状況		サービスの種類	サービス事業者	利用期日(回)			負担額		
							円		
世帯構成	氏名	生年月日			備考				
	世帯主	M・T・S							
	世帯員								
<p>伊勢原市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて低所得要介護等被保険者利用者負担金の助成金を請求します。 また、当該申請に基づく支給申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者(申請者) 住所 _____ (兼受領委任者) _____</p> <p>氏名 _____ ㊟</p>									
受取人 (介護サービス提供事業者)		住所 〒 _____		TEL ( ) - _____					
*本人が請求する場合は記入不要		事業者番号		_____			_____ ㊟		
		事業者名		_____ ㊟					
		代表者氏名		_____ ㊟					

- ◆添付書類 被保険者本人が請求する場合…領収書  
代理申請・代理受領の場合  
…居宅サービス介護給付費明細書又は施設サービス等介護給付費明細書

◆本人が請求する場合のみ記入してください。  
利用者負担額助成金を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行・信金・信組・農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金	┆	┆	┆	┆	┆
	┆	┆	2当座預金	┆	┆	┆	┆	┆
	フリガナ		3その他	┆	┆	┆	┆	┆
口座名義人	_____							

以下の欄は記入しないでください

■世帯状況等

調査年月日 年 月 日

氏名	合計所得金額	課税の有無	備考
		有・無	
		有・無	
		有・無	
		有・無	

■利用状況

調査年月日 年 月 日

サービスの種類	サービス事業者	利用期日(回)	負担額
			円
			円
			円
			円

□備考

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

受付処理

口座振替処理	担当

低所得者要介護等被保険者利用者負担額の助成金について、支給決定してよろしいか。

年 月 日

- 支給
- 不支給

■支給決定額

円

課長	係長	係員	担当