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

（趣旨）

第１条　この要綱は、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、低所得者で特に生計困難と認められる介護保険サービス利用者及び生活保護受給者に対して、利用者負担額の軽減を行った場合において、その軽減した費用の一部に対し補助金を交付することについて、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。以下「規則」という。）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) 要介護被保険者等　伊勢原市から介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）に規定する要介護認定又は要支援認定を受けた被保険者をいう。

(2) 市町村民税非課税世帯　当該年度（４月又は５月においては前年度）における市町村民税が、世帯主及びその世帯に属する全ての世帯員について課されていない世帯をいう。

(3) 区分支給限度基準額　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同法第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いう。

(4) 訪問介護　法第８条第２項に規定する訪問介護をいう。

(5) 通所介護　法第８条第７項に規定する通所介護をいう。

(6) 短期入所生活介護　法第８条第９項に規定する短期入所生活介護をいう。

(7) 介護福祉施設サービス　法第８条第２６項に規定する介護福祉施設サービスをいう。

(8) 夜間対応型訪問介護　法第８条第１６項に規定する夜間対応型訪問介護をいう。

(9) 認知症対応型通所介護　法第８条第１７項に規定する認知症対応型通所介護をいう。

(10) 小規模多機能型居宅介護　法第８条第１８項に規定する小規模多機能型居宅介護をいう。

(11) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　法第８条第２１項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護をいう。

(12) 介護予防訪問介護　地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成２６年法律第８３号）第５条の規定による改正前の介護保険法（以下「旧法」という。）第８条の２第２項に規定する介護予防訪問介護をいう。

(13) 介護予防通所介護　旧法第８条の２第７項に規定する介護予防通所介護をいう。

(14) 介護予防短期入所生活介護　法第８条の２第７項に規定する介護予防短期入所生活介護をいう。

(15) 介護予防認知症対応型通所介護　法第８条の２第１３項に規定する介護予防認知症対応型通所介護をいう。

(16) 介護予防小規模多機能型居宅介護　法第８条の２第１４項に規定する介護予防小

規模多機能型居宅介護をいう。

(17) 利用者負担額　法に定める居宅サービス又は施設サービスに要する費用（食費、居住費及び宿泊費を含む。）の１割相当をいう。

（補助の対象者）

第３条　補助の対象となる者は、法人所管庁たる都道府県知事又は指定都市市長若しくは中核市市長（法人所管庁が厚生労働大臣である場合は、主な事務所がある都道府県知事）及び法人所在地の市町村長に対して伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（第１号様式）を提出した社会福祉法人等とする。

（補助対象となる介護保険サービス）

第４条　補助の対象となる介護保険サービス（以下「対象サービス」という。）は、次に掲げるもの（第１号から第１２号までのサービスにあっては、区分支給限度基準額を超えないものに限る。）とし、これに伴う食費及び居住費（滞在費）を軽減の対象とする（日常生活費は、含まない。）。

(1) 訪問介護

(2) 通所介護

(3) 短期入所生活介護

(4) 夜間対応型訪問介護

(5) 認知症対応型通所介護

(6) 小規模多機能型居宅介護

(7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(8) 介護予防訪問介護

(9) 介護予防通所介護

(10) 介護予防短期入所生活介護

(11) 介護予防認知症対応型通所介護

(12) 介護予防小規模多機能型居宅介護

(13) 介護福祉施設サービス

（利用者負担額を軽減する者）

第５条　補助の対象となる社会福祉法人等が利用者負担額を軽減する者は、市町村民税非課税世帯に属する要介護被保険者等（旧措置入所者でユニット型個室の入所者以外の利用者負担割合が５パーセント以下の者を除く。）であって、次の第１号から第５号までのいずれにも該当する者及び第６号に該当する者とする。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

(5) 介護保険料を滞納していないこと。

(6) 市町村民税非課税世帯に属する被保険者であって、前５号に準ずると市長が認めるもの

（利用者負担額の軽減）
第６条　補助の対象となる社会福祉法人等が利用者負担額を軽減する割合は、第４条に掲げる対象サービスに係る利用者負担額の４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１、生活保護受給者は個室の居住費に係る利用者負担額の全額とする。）とする。この場合において、軽減の対象とする利用者負担額について伊勢原市介護保険条例施行規則（平成１２年伊勢原市規則第２２号）第２５条が適用される場合は、この規則の適用を行った後の額とする。
（高額介護サービス費等と利用者負担額助成金との調整）
第７条　特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費を支給するときは、その支給後の利用者負担額について、前条の規定により軽減を行うものとする。
２　高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費を支給するときは、前項の規定による軽減後の利用者負担額に基づき高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費を支給するものとする。ただし、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福　祉施設及び小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第２段階の者のサービス費は除くものとする。
３　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（平成１７年伊勢原市告示第１０３号）に基づく利用者負担額助成金を支給する場合は、前項の規定による高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費を支給し、なお利用者負担額が生じた場合に支給するものとする。
（適用除外）
第８条　障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業実施要綱（平成１２年５月１日老発４７４号別添２）に規定する訪問介護サービス利用者負担額の軽減措置を受ける者は、この要綱に基づく軽減を行わないものとする。
（確認申請）
第９条　第５条に規定する軽減を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、対象サービスを利用する月の末日までに、伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（第２号様式）及び生活状況調査票（第３号様式）に、次に掲げる書類を必要に応じて添付し、又は提示して、市長に申請しなければならない。
(1) 申請者及び世帯員の前年の収入及び資産等に関して証明する次の書類
ア　年金受給者については、年金振込通知書又は年金受給額を証明する書類
イ　事業所に勤務している者については、源泉徴収票又は給与証明書
ウ　その他の者については、確定申告書の写し等
エ　預貯金及び資産を証明する書類
オ　借家等に居住している者については、その家賃の額を証明する書類
(2) 申請者の扶養に関して証明する次の書類
ア　医療保険の被保険者証
イ　扶養している者の給与証明書等又は確定申告書の写し
（確認）
第１０条　市長は、前条の規定による申請があったときは、第５条の規定に基づき軽減対

象者の適否を審査決定し、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（第４号様式）によりその結果を申請者に通知するものとする。

２　前項の通知を行う場合において、軽減対象者として承認された者については、決定通知書にあわせ、伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（第５号様式又は第５号様式の２。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

（確認証の有効期限）

第１１条　確認証の有効期限は、毎年７月１日（年度の途中に要介護認定又は要支援認定を受けた者については、認定日の属する月の初日）から翌年６月３０日までとする。

（確認証の提示）

第１２条　確認証の交付を受けた者は、第３条に規定する申出のあった社会福祉法人等の提供する第４条に規定する介護保険サービスを利用するときは、その確認証をその社会福祉法人等に提示するものとする。

（社会福祉法人等の軽減の実施）

第１３条　確認証の提示を受けた社会福祉法人等は、その確認証を提示した者の第４条に規定する介護保険サービスに係る利用者負担額について、確認証に記載された軽減内容に従って軽減するものとする。

（補助額）

第１４条　市長は、前条の軽減を行った社会福祉法人等に対して、その軽減した総額のうちその社会福祉法人等が本来受領すべき介護保険サービスの利用者負担収入（以下「利用者負担収入」という。）の１パーセントを控除した上で、その２分の１を基本として、それ以下の範囲内で補助を行うものとする。

２　社会福祉法人等が指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設に係る利用者負担の軽減を行ったときは、その軽減した総額のうち利用者負担収入の１０パーセントを超える部分について、その全額を助成措置の対象として補助を行うものとする。

（交付の申請）

第１５条　規則第５条第１項の規定による交付申請書は、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（変更交付）申請書（第６号様式）とし、提出期日は市長が別に定める。

２　規則第５条第２項の規定による書類は次のとおりとする。

(1) 伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減額個人票（第７号様式）

(2) 伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減額総括表（第８号様式）

（交付の決定）

第１６条　規則第６条の規定による交付の決定は、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決定通知書（第９号様式）により通知するものとする。

（変更交付の申請）

第１７条　前条の通知を受けた者が、補助金の交付申請額を変更しようとする場合は、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（変更交付）申請書に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(1) 社会福祉法人等利用者負担軽減額個人票

(2) 社会福祉法人等利用者負担軽減額総括票

（変更交付の決定）
第１８条　市長は、前条の申請があり、審査等の結果、交付する補助金額を変更すべきものと決定したときは、伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更交付決定通知書（第１０号様式）により通知するものとする。
（変更の承認）
第１９条　規則第６条の規定により補助金の交付決定を受けた事業の内容若しくは経費の配分の変更又は中止若しくは廃止をしようとする場合は、伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更（中止・廃止）承認申請書（第１１号様式）に変更の理由又は中止若しくは廃止の理由等を記載し、関係資料を添付して市長に提出しなければならない。
２　市長は、伊勢原市社会福祉法人等から利用者負担軽減補助金交付決定事業変更（中止・廃止）承認申請書が提出され、審査等の結果、変更又は中止若しくは廃止すべきものと決定したときは、伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更（中止・廃止）承認決定通知書（第１２号様式）により通知するものとする。
（軽微な変更）
第２０条　規則第７条第１項第１号の軽微な変更は、交付決定の基礎となった事業費の１０パーセント以下の額のものとする。
（申請の取下げのできる期間）
第２１条　規則第９条第１項の規定による申請の取下げのできる期間は、第１６条の規定による交付決定の通知を受けた日から１０日を経過した日までとする。
（補助金の交付）
第２２条　補助金は、補助事業が完了した後において交付するものとする。ただし、市長が特に必要があると認めるときは、補助事業の完了前に補助金の全部又は一部を交付することができる。
２　前項の規定により補助金の交付を受けようとするときは、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請求書（第１３号様式）に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決定通知書又は伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更交付決定通知書の写しを添えて市長に提出しなければならない。
（実績報告）
第２３条　規則第１４条の規定による実績報告は、伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金実績報告書（第１４号様式）により、当該補助に係る事業を完了した日から起算して２０日を経過した日又は補助金の交付決定を受けた年度の末日が属する年の４月５日のいずれか早い日までに提出しなければならない。
（財産処分の制限）
第２４条　規則第２０条ただし書の規定による市長が定める期間は、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和３０年政令第２５５号）第１４条第１項第２号の規定により厚生労働大臣が定めるところによる。
（委任）
第２５条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、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。
（経過措置）
２　確認証の有効期限は、平成１７年度においては、第１１条の規定にかかわらず、平成１７年１０月１日から平成１８年６月３０日までとする。

附　則

（施行期日）
１　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。
（税制改正に伴う特例措置）
２　平成１７年度税制改正（６５歳以上で合計所得金額１２５万円以下の方の非課税措置の廃止）前において市民税非課税者であった者のうち、同改正により利用者負担段階が１段階上昇する者に対する第４条から第６条までの規定の適用については、平成１８年７月１日から平成２０年６月３０日までの間、第４条中「食費及び居住費（滞在費）」とあるのは「食費及び居住費（滞在費）（当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額）」と、第５条中「市町村民税非課税世帯に属する要介護費保険者等」とあるのは「平成１８年６月１日現在において利用者負担第３段階に該当するもののうち、地方税法上の個人住民税に係る高齢者の非課税限度額の廃止に係る経過措置対象者及びその者と同一の世帯に属する要介護費保険者等」と、同条第１号中「１５０万円」とあるのは「１９０万円」と、第６条中「４分の１」とあるのは「８分の１」とする。

附　則

（施行期日）
１　この告示は、平成２１年４月１日から施行する。
（介護報酬改定に伴う利用者負担額の軽減措置の特例）
２　平成２１年４月１日から平成２３年３月３１日までの間、改正後の第６条の規定による利用者負担額の軽減措置の適用については、同条中「４分の１」とあるのは「２８パーセント（食費及び居住費（滞在費）は除く。）」と「２分の１」とあるのは「５３パーセント（食費及び居住費（滞在費）は除く。）」とする。

附　則（平成２４年３月３０日告示第６０号）

この告示は、公表の日から施行し、改正後の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の規定は、平成２３年４月１日から適用する。

附　則（平成２８年３月３１日告示第８６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２４０号）

この告示は、公表の日から施行する。

第１号様式（第３条関係）

伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

年　　月　　日

伊勢原市長　　殿

申出者　所在地
　　名　称

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施するので申し出ます。

<table>
<tr><td rowspan="4">申出者</td><td>フリガナ
名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地等</td><td colspan="3">〒　　―

ＴＥＬ　（　　）　　ＦＡＸ　（　　）</td></tr>
<tr><td>代表者の職・氏名</td><td>職　　名</td><td></td><td>フリガナ
氏　　名</td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="3">〒　　―</td></tr>
<tr><td rowspan="8">軽減実施予定事業所の状況</td><td>事業所の名称</td><td colspan="2">所　　在　　地</td><td>実施事業の種類</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
</table>

第２号様式（第９条関係）

伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生		
住所	〒　　電話番号		
利用者負担額軽減申出理由			

		氏名	生年月日	生計中心者に○を付けて下さい。
世帯構成	世帯主			
	世帯員			

伊勢原市長　　殿

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を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号　　（　　）

氏名

同意書

私は、上記の軽減の申請に係る資格要件を確認するため、市長が私の市民税の課税状況について税関係当局に報告を求めることに同意します。

年　　月　　日　　住所　〒

氏名

市記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	（生計中心者の所得状況等を把握）
適用年月日	
年　月　日	
有効期限	
年　月　日	

第３号様式（第９条関係）

生活状況調査票

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者番号

0	0	0	0						

私の世帯の　　年分の総収入、資産の保有状況等は、次のとおり相違ありません。

１　年金・恩給等による収入（種類：国民年金、厚生年金、恩給等）

受給者の氏名	受給している年金等の種類	実収入額	
		月額	年額

２　働いて得た収入（収入の内容：給与、日雇、内職、農業、事業等）

働いている者の氏名	収入の内容 勤め先（会社名）等	実収入額		
		収入額	必要経費	手取り額

３　仕送り

有・無	定期・不定期	仕送りした者の氏名	仕送りした者の住所	仕送り金額

４　その他の収入　（上記以外に収入があった場合記入してください。）

裏面もご記入ください

5　居住用財産

種　類	所有者氏名	所　　在　　地	備　　考
持ち家			
借　家 借　間		家賃　月額　　円	光熱水費等 込・別

6　不動産

種　類	所有者氏名	所　　在　　地	延べ面積（㎡）
宅　地 田　畑 山　林 その他			

7　預貯金・有価証券等

現　金	有・無	円			
預貯金	有・無	金融機関等	預金種類	口座氏名	預貯金額
有　価 証券等	有・無	種　　類	額　　面	評価概算額	

8　加入健康保険

加入健康保険名	保険証番号等	被保険者名	本人・扶養加入の別
被保険者が、本人又は同居世帯員以外の場合			
住所		続柄	

↑伊勢原市外にお住まいの場合、住民税の課税所得証明書を添付してください。

9　扶養関係

あなたは、　　年度にどなたかの地方税法上の扶養者となっていますか。

□なっていない　　□なっている

扶養している人の住所	氏　　名	続　柄

↑伊勢原市外にお住まいの場合、住民税の課税所得証明書を添付してください。

生活の状況に関する調査票
住所
氏名
被保険者番号

１収入
　①年金
　②勤労収入
　③仕送り
２財産
　①居住用資産
　　ⅰ持ち屋　ⅱ貸し屋（家賃）
　②その他資産
　②預貯金等
３扶養者
　①健康保険
　②扶養者

第４号様式（第１０条関係）

伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書

伊勢原市指令（　　）第　　号
年　　月　　日

様

伊勢原市長　　印

年　月　日付けで申込みのありました社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号												

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　（承認内容） 有効期限　　年　　月　　日 確認番号
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裁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
伊勢原市田中３４８番地　　電話番号

第５号様式（第１０条関係）

伊勢原市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	明・大・昭　年　月　日
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
軽減割合		(対象サービス利用者負担)　／１００ (食費・居住費)　／１００
発行機関名及び印		１４２１４１ 神奈川県　伊勢原市 〒259-1188 伊勢原市田中３４８番地 0463-94-4711（代） 印

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、介護福祉サービス、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　前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、表面に記載されているそれぞれの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、延滞なく、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、伊勢原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５号様式の２（第１０条関係）

伊勢原市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	明・大・昭　年　月　日
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
軽減割合		(居住費・滞在費のみ)　100/100
発行機関名及び印		1 4 2 1 4 1 神奈川県　伊勢原市 〒259-1188 伊勢原市田中３４８番地　印 0463-94-4711（代）

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、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、表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又は今後、前記のサービスを利用する見込みがないときは、延滞なく、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、伊勢原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６号様式（第１５条関係）

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（変更交付）
申請書

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

年度伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金の交付（変更交付）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　交付申請額　　千円

２　添付書類

社会福祉法人等利用者負担軽減額個人票
社会福祉法人等利用者負担軽減額総括表

第７号様式（第１５条関係）

伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減額個人票

被保険者氏名	
被保険者番号	
確 認 番 号	

年　　度	
法人名	

軽減月	利用者負担軽減額												軽 減 額 計
	居宅介護（支援）サービス費						施設介護サービス費		食　　費		居　住　費		
	訪問介護		通所介護		短期入所生活介護								
	軽減前	軽減	軽減前	軽減	軽減前	軽減	軽減前	軽減	軽減前	軽減	軽減前	軽減	
４月													
５月													
６月													
７月													
８月													
９月													
10 月													
11 月													
12 月													
１月													
２月													
３月													
合計													

第８号様式（第１５条関係）

伊勢原市社会福祉法人等利用者負担軽減額総括表

軽減月	利用者負担軽減						軽減額計
	居宅介護（支援）サービス費			施設介護サービス費	食費	居住費	
	訪問介護	通所介護	短期入所生活介護				
４月							
５月							
６月							
７月							
８月							
９月							
10 月							
11 月							
12 月							
１月							
２月							
３月							
合計							

補助金額＝｛軽減額　　－　利用者負担金収入の１％｝×１／２　＝

指定介護老人福祉施設におけるサービスの場合で、軽減額が利用者負担金の１０％を超えた場合

補助金額＝　軽減額　　－　利用者負担金収入の１０％　　＝

第９号様式（第１６条関係）

伊勢原市指令（　　）第　　号

年　　月　　日

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決定通知書

住所又は
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者名称及び
代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

伊勢原市長　　印

年　　月　　日付けで申請のありました伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金については、伊勢原市補助金等の交付規則第６条の規定に基づき、次のとおり決定しましたので通知します。

１　補助金交付決定額　　千円

（事務担当は、　　）

第１０号様式（第１８条関係）

伊勢原市指令（　）第　　号

伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更交付決定通知書

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

年　　月　　日付けで提出されました変更交付申請書の内容を審査した
した結果、次のとおり変更交付決定しましたので通知します。

年　　月　　日

伊勢原市長　　㊞

１　変更交付決定額　　千円
（変更前の交付決定額　　千円）

（事務担当は、　　）

第１１号様式（第１９条関係）

伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更
（中止・廃止）承認申請書

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

次のとおり伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更（中止・廃止）について承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　変更内容
（変更前）

（変更後）

２　変更（中止・廃止）の理由

３　添付書類

第１２号様式（第１９条関係）

伊勢原市指令（　）第　　号

伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更
（中止・廃止）承認決定通知書

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

年　　月　　日付けで提出されました変更（中止・廃止）申請書の内容を審査しました結果、次のとおり承認しましたので通知します。

年　　月　　日

伊勢原市長　　㊞

変更（中止・廃止）の内容

（事務担当は、　　）

第１３号様式（第２２条関係）

年度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請求書

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名　　㊞

交付決定のありました伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　交付決定通知書　　千円

２　既交付額　　千円

３　今回交付請求額　　千円

４　未交付額　　千円

５　添付書類

□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決定通知書の写し

□伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金変更交付決定通知書の写し

（注）上記のいずれかにレ印をつけてください。

第１４号様式（第２３条関係）

伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金実績報告書

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

年度伊勢原市社会福祉法人等による利用者負担軽減補助金に係る実績を次のとおり報告します。

１　交付申請額　　千円

２　実績額　　千円

３　不用額　　千円