

## 介護保険 社会福祉法人等利用者負担軽減制度について

軽減を実施する社会福祉法人等の事業所で実施されている介護（予防）サービスを利用する際に、利用者負担額、食費、居住費が減額になる制度です。  
要件に該当し、軽減を希望される方は申請が必要です。

## ■この制度の対象となるサービスと費用

※軽減を実施する社会福祉法人等によるサービスに限ります。

| 対象となるサービス                                                                                                 | 対象となる費用                                                                              | 軽減割合                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| ①訪問介護<br>②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）                                                 | ○利用者負担額                                                                              | 25%減額<br>※（老齢福祉年金受給者は50%減額） |
| ③通所介護<br>④地域密着型通所介護<br>⑤認知症対応型通所介護<br>⑥介護予防認知症対応型通所介護<br>⑦第1号訪問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） | ○利用者負担額<br>○食費                                                                       |                             |
| ⑧介護老人福祉施設<br>⑨地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護<br>⑩短期入所生活介護<br>⑪介護予防短期入所生活介護                                          | ○利用者負担額<br>○食費 ○居住費<br>（※食費・居住費については特定入所者介護サービス費の対象の方のみ）<br>※生活保護の方は居住費（滞在費）のみ100%減額 |                             |
| ⑫小規模多機能型居宅介護<br>⑬介護予防小規模多機能型居宅介護<br>⑭看護小規模多機能型居宅介護                                                        | ○利用者負担額<br>○食費 ○居住費                                                                  |                             |

## ■軽減の対象となる方の要件

**市民税世帯非課税**であって、次の(1)から(5)の要件を全て満たす方のうち、その方の収入や世帯の状況、利用料負担等を総合的に勘案し、生計が困難であると市長が認めた方。または生活保護を受給されている方。

## (1) 年間収入

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。（※1）  
（収入金額には、非課税年金（障害年金、遺族年金等）他、親族からの仕送り等あらゆる収入を含みません）

## (2) 預貯金等の額

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。（※2）

## (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。

裏面あります。

(自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に活用できる資産が無いこと)

(4) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

(被保険者本人が市町村民税課税者(扶養控除により非課税となっている方を含む)の扶養控除、配偶者控除の対象となっている場合等、健康保険証の被扶養者になっている場合等は、負担能力のある親族等に扶養されていることになります)

(5) 介護保険料を滞納していないこと。

対象となる方の要件(年間収入及び預貯金の額)

| 世帯の人数 | 年間収入(※1)            | 預貯金の額(※2)            |
|-------|---------------------|----------------------|
| 1人    | 150万円以下             | 350万円以下              |
| 2人    | 200万円以下             | 450万円以下              |
| 3人    | 250万円以下             | 550万円以下              |
| 4人以上  | 1人増えるごとに50万円追加した額以下 | 1人増えるごとに100万円追加した額以下 |

## ■申請から結果通知まで

### 1 申請手続き

【申請場所】飯田市役所長寿支援課(本庁A棟1階 A11窓口)受付

【受付時間】平日 午前8時30分～午後5時15分(平日時間外・土日祝日は受付不可)郵送での申請も可能です。

### 2 審査結果の通知

【審査の結果、対象になった方】決定通知書と「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」を郵送します。  
有効期限は毎年6月30日です(※更新には有効期限までに申請が必要です)軽減を実施する社会福祉法人等の事業所で実施されている介護(予防)サービスを利用する際は、「社会福祉法人等利用者軽減確認証」を提示してください。

【対象にならなかった方】決定通知書「却下」を送付します。

## ■申請に必要な書類

(1) 介護保険 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書(両面)(裏面の確認事項も記載)

申請者の記載欄は被保険者ご本人の住所、氏名、電話番号を記入してください(代筆の場合は記名押印必要)

(2) 世帯全員の年間収入の確認ができる書類(別世帯の配偶者は含みません)の写し

(例)前年の年金振込通知書、源泉徴収票、給与明細書等の写し

(事業収入、不動産収入等、確定申告をした収入がある方のみ)確定申告書または確定申告書に添付した収支内訳書等の写し

(3) 世帯全員の預貯金通帳、有価証券等を確認できる書類の写し

(写しに必要な部分)全ての金融機関の名義、口座番号の確認できる部分、申請日に近い日付から2ヶ月分の残高の分かる部分

(4) 健康保険者証の写し

(5) 介護保険者証の写し

お問い合わせ先、郵送先

〒395-8501

長野県飯田市大久保町2534番地

飯田市役所 長寿支援課 介護保険係

代表:0265-22-4511

内線:5763・5764