

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、1割負担、食費、居住費が減額される制度です。

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 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）	○ 1割負担	25%減額 ※（老齢福祉年金受給者は50%減額）
③ 通所介護 ④ 地域密着型通所介護 ⑤ 認知症対応型通所介護 ⑥ 介護予防認知症対応型通所介護 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）	○ 1割負担 ○ 食費	
⑧ 介護老人福祉施設 ⑨ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ⑩ 短期入所生活介護 ⑪ 介護予防短期入所生活介護	○ 1割負担 ○ 食費 ○ 居住費 （※ 食費・居住費は特定入所者介護サービス費の対象の方のみ ※ 要申請） ※ 生活保護の方は居住費（従来型個室、ユニット型個室的多床室、ユニット型個室に限る）100%減額	
⑫ 小規模多機能型居宅介護 ⑬ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ⑭ 看護小規模多機能型居宅介護	○ 1割負担 ○ 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す）

(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）

(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)の扶養控除の対象となっている場合、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となります)

(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

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 長寿支援課 介護保険係

窓口:A棟A11

代表:0265-22-4511

内線:5763・5764