

# 社会福祉法人が提供するサービスの利用者負担軽減について

(令和8年度版)

平成13年4月から介護保険制度の低所得者対策として社会福祉法人が提供するサービスの利用者負担の軽減が実施されています。軽減の内容及び対象者は下記のとおりですので、該当すると思われる方は申請書を提出してください。軽減は申請に基づき世帯の課税状況等を調査して決定され、後日結果を通知します。

## 1. 社会福祉法人等の利用者負担の軽減とは？

低所得者で特に生計が困難な方が、社会福祉法人（一部の財団法人、市町村も含む）が運営する施設等で提供する介護サービスを利用した場合に、利用者負担額（1割自己負担分）や食費、居住費が軽減される制度です。在宅サービスと施設サービスでは軽減内容が異なりますので、下表の「対象サービス及び軽減対象」をご覧ください。

例：在宅サービスの場合（1割の自己負担部分が軽減の対象です）

【軽減『前』】 介護保険の原則は、利用者が10%を負担

保険給付 (90%)	自己負担 (10%)
---------------	---------------

【軽減『後』】 利用者の負担は7.5%になります

※ 市民税非課税世帯で老齢福祉年金受給者は5%

保険給付 (90%)	軽減 (2.5%)	自己負担 (7.5%)
---------------	--------------	----------------

## 2. 対象サービス 及び 軽減対象

対象サービス	軽減対象
<b>在宅サービス</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・訪問介護（夜間対応型を含む）</li><li>・通所介護（認知症対応型、介護予防認知症対応型を含む）</li><li>・短期入所生活介護（介護予防を含む）</li><li>・地域密着型通所介護</li><li>・定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li><li>・小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）</li><li>・複合型サービス</li></ul> ※いずれも社会福祉法人が提供するサービスに限ります	<b>利用者負担額（1割自己負担）</b>  ※短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービスの場合は、食費、滞在費も軽減となる場合があります。
<b>施設サービス</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）</li><li>・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li></ul>	<b>利用者負担額・食費、居住費</b>  ※利用者負担第2段階の場合は、利用者負担額は軽減の対象となりません。

※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・介護老人福祉施設サービスまたは介護予防短期入所生活介護にかかる「食費および居住費（滞在費）」については、特定入所者介護サービス費または特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限り、対象となります。

(裏面もご覧下さい)

### 3. 軽減の対象となる条件（チェックリスト）

次の条件をすべて満たす方が対象になります。申請前に必ずご確認ください。

チェック	条件
<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯の方
<input type="checkbox"/>	本人の年間収入額が 単身世帯 で <b>150万円以下</b> であること (※世帯員が一人増えるごとに 50万円 を加算した額以下)
<input type="checkbox"/>	本人の預貯金等の額が単身世帯で <b>350万円以下</b> であること (※世帯員が一人増えるごとに 100万円 を加算した額以下)
<input type="checkbox"/>	負担能力のある親族に扶養されていないこと（税法上の扶養家族となっていないこと）
<input type="checkbox"/>	介護保険料を滞納していない方
<input type="checkbox"/>	日常生活に供する資産（居住用家屋及び土地）以外に活用できる資産がない方

※旧措置入所者（平成12年3月31日までの入所者）で別途軽減措置を受けている人は、本軽減の対象外となります。

### 4. 申請に必要な書類（チェックリスト）

次の書類が必要になります。申請前に必ずご確認ください。

チェック	書類
<input type="checkbox"/>	① 社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書 <input type="checkbox"/> （表面）申請書中央部分の同意欄に氏名の記入と押印はされていますか？ <input type="checkbox"/> （裏面）収入等申告（世帯全員分）は記入されていますか？
<input type="checkbox"/>	② 申請時点における世帯全員のすべての預金通帳（写し可） ※生活保護受給者は不要 <input type="checkbox"/> <u>令和7年1月1日</u> ～ 申請日（最新の記載内容）まで記帳されていますか？ <input type="checkbox"/> 普段使用頻度が少ないものも含めて、お持ちの通帳がすべて準備されていますか？ <input type="checkbox"/> 定期預金がある場合、準備はされていますか？ ※上記期間中の内容が、通帳の更新、明細の省略等により確認できない場合は、金融機関にて取引の明細等を請求してください。
<input type="checkbox"/>	③ 世帯全員の年金・給与の源泉徴収票、所得証明書のいずれか

※偽りその他不正の行為によって認定を受けたことが発覚した場合には、介護保険法の規定により、不正に受給した額に加算金を付加した額を返還していただく場合があります。

### 5. その他

- ・申請のない場合は、軽減を受けられません。
- ・申請内容を審査し、後日、承認（該当）・却下（非該当）の結果を通知します。
- ・該当する方には、確認証が交付されます。
- ・認定の適用期間は、申請を受け付けた月の1日からとなります。
- ・確認証の有効期限となる7月31日以降も引き続きサービスを受ける方は、お早目に申請をお願いします。

#### 【申請書類提出・お問い合わせ先】

〒076-8555 富良野市弥生町1番1号 複合庁舎2階

富良野市保健福祉部高齢者福祉課 介護保険係

TEL (0167)39-2255