

様式第2号(第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名	-----		確認番号		
			被保険者番号		
生年月日	年 月 日生		性別	男・女	
住 所	〒 電話番号				
利用者負担額 軽減申請理由					
	氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○を 付けてください。	
世帯 構成	世帯主				
	世帯員				
<p>田舎館村長 様</p> <p>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対象の申請をします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 氏名</p>					

別紙の同意書に加え、預貯金等の額を確認できるものを添付してください。

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 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

様式第3号(第6条関係)

同 意 書

利 用 者 氏 名	
申 請 の 内 容	社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請

「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請」に伴い、必要があるときは、本人及びその属する世帯等の課税状況につき、貴村が官公署に調査し、その報告を求めることに同意します。

平成 年 月 日

住 所 : _____

同 意 者 利用者との続柄 : _____

氏 名 : _____ (印)

田舎館村長 様

様

青森県南津軽郡田舎館村長



社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

先に申請のありました、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 社会福祉法人等利用者負担軽減 有効期限 年 月 日 確認番号
2 承認しない	理由

<お問い合わせ先>

田舎館村 厚生課 介護保険係

青森県南津軽郡田舎館村大字田舎館字中辻123番地1 電話 (0172)58-2111

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

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措置) 交付年月日			
確認番号			
受給者	住所		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		性別
介護保険被保険者番号			
適用年月日		から	
有効期限		まで	
減額割合			
発行機関名及び印			

(表)

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。

対象となるサービスは、(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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、(介護予防)小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービスです。

二 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。

三 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額(日常生活に要する費用については食費及び居住費に限る)が、前面に記載されている減額割合により減額されます。

四 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、又は減額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

五 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、市町村にその旨を届け出てください。

六 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

(裏)

○ 証の大きさ

縦 128ミリ

横 91ミリ

様式第6号(第12条関係)

社会福祉法人等による利用者負担
額軽減制度事業補助金交付申請書

年度上記事業に係る補助金について田舎館村補助金交付規則第3条の規定により
関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

田舎館村長 様

所在地
申請者 名称
代表者



記

1 申請額 金 円

2 添付書類

- (1) 事業計画書
- (2) 収支予算書
- (3) その他の関係書類

様式第7号(第12条関係)

事業計画書

- 1 事業名称
- 2 事業の目的
- 3 計画の概要
- 4 事業の効果
- 5 その他

様式第8号(第12条関係)

収 支 予 算 書

収入の部

科 目	本年度予算額	前年度予算額	比 較	説 明
計				

支出の部

科 目	本年度予算額	前年度予算額	比 較	説 明
計				

上記の収支予算書は、原本と相違ありません。

平成 年 月 日

名 称 及 び

代表者氏名



様式第9号(第13条関係)

第 号
年 月 日

様

田舎館村長



年度社会福祉法人等による利用者
負担額軽減制度事業補助金交付決定通知書

平成 年 月 日付けで申請のあった社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金を下記のとおり交付することに決定しましたので、事業の施行については、田舎館村補助金交付規則を遵守し遺憾のないようにしてください。

記

補助金交付決定額 金 円

様式第10号(第14条関係)

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業変更(廃止)承認申請書

平成 年 月 日付け田厚第 号で補助金の交付決定を受けた社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業について、下記のとおり事業を変更(廃止)したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

田舎館村長 様

所在地
申請者 名称
代表者



記

- 1 変更(廃止)の理由
- 2 変更(廃止)の内容
- 3 添付書類
 - (1) 収支決算書
 - (2) その他

様式第11号(第14条関係)

収 支 決 算 書

収入の部

科 目	本年度予算額	本年度決算額	増 減	説 明
計				

支出の部

科 目	本年度予算額	本年度決算額	増 減	説 明
計				

上記の収支決算書は、原本と相違ありません。

平成 年 月 日

名 称 及 び

代表者氏名



様式第12号(第15条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減制度事業実施状況報告書

法人名



《平成 年 月分》

減免内訳表

利用サービス	被保険者氏名	単位数	本来の利用者負担	減免額	受領額	備考
合計	名					

様式第13号(第16条関係)

社会福祉法人等による利用者負担
額軽減制度事業実績報告書

平成 年 月 日付け田厚第 号で交付決定のあった社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業について、下記のとおり実施したので、田舎館村社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱第16条の規定により関係書類に添えて報告します。

平成 年 月 日

田舎館村長 様

所在地
申請者 名称
代表者



記

- 1 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金実績報告書(様式第14号)
- 2 その他

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金実績報告書

実績内訳

軽減額の内訳

実施法人等の名称	軽減開始月	事業所名	軽減対象人員 A	軽減総額 B		本来受領すべき利用者負担収入総額 C	事業所負担額 D (欄外※5参照)		助成額 E (B-D)		補助所要額 G
					うち田舎館村被保険者軽減額 b				うち補助対象基本額 F ((b/B)×E)		
合計											

※1 対象サービスごとに、一葉ずつ記入すること。

※2 A欄は、田舎館村被保険者の施設利用者実人員(確認証を交付している場合は確認証交付者数)を記入すること。

※3 B欄は、貴事業所の軽減総額(助成措置のある他市町村の軽減対象者の軽減分を含む)を記入すること。

※4 C欄は、貴事業所の対象サービスに関する利用者負担額収入総額(助成措置のある他市町村の被保険者利用者負担を含む。軽減対象者及び対象外となる全ての利用者負担分に係るもの)を記入すること。

※5 D欄は、貴事業所の軽減負担額を記入すること。

・ 下記施設以外の介護予防を含む訪問介護・通所介護・短期入所生活介護等の場合… $[C \times 1\%] + [(B - [C \times 1\%]) \times 1/2]$ (※[]はいずれも小数点以下切捨て。以下同じ)

・ 地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設で、軽減総額が利用者負担額収入総額の10%未満の場合… $[C \times 1\%] + [(B - [C \times 1\%]) \times 1/2]$

・ 地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設で、軽減総額が利用者負担額収入総額の10%以上の場合… $[C \times 1\%] + [([C \times 10\%] - [C \times 1\%]) \times 1/2]$

※6 E欄は、貴事業所に対する田舎館村助成額を記入すること。(=軽減総額から事業所負担分を除いた額)

※7 F欄は、E欄の貴事業所に係る助成額のうち、田舎館村分の貴事業所に対する補助対象基本額を記入すること。(※(b/B)は算出後、小数点第3位を四捨五入)

※8 B欄～F欄は、一の位まで記入し、G欄においては千円未満を切り捨てた額を記入すること。

様式第16号(第18条関係)

平成 年 月 日

田舎館村長 様

請求者住所

請求者氏名
(法人名及び代表者氏名)



平成 年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金請求書

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

平成 年度社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業補助金として、上記の金額を請求します。

また、上記金額を下記の口座に振り込みくださるようお願いします。

口座名義人	
金融機関名	本店・支店
区分	普通・当座預金
口座番号	