

手引き

民間等サービス利用者負担軽減事業

釧路市役所 介護高齢課 介護給付担当

2023年4月

目次

1.民間等サービス利用者負担軽減事業の趣旨.....	2
2.軽減の仕組み	3
3.軽減対象サービスの種類	4
4.民間軽減の該当要件	5
5.事務手続き	6
5-1 各種届出	6
5-2 サービス利用～公費負担金申請の流れ.....	7
5-3 公費負担金申請における提出書類.....	8
5-4 支払月.....	14

1. 民間等サービス利用者負担軽減事業の趣旨

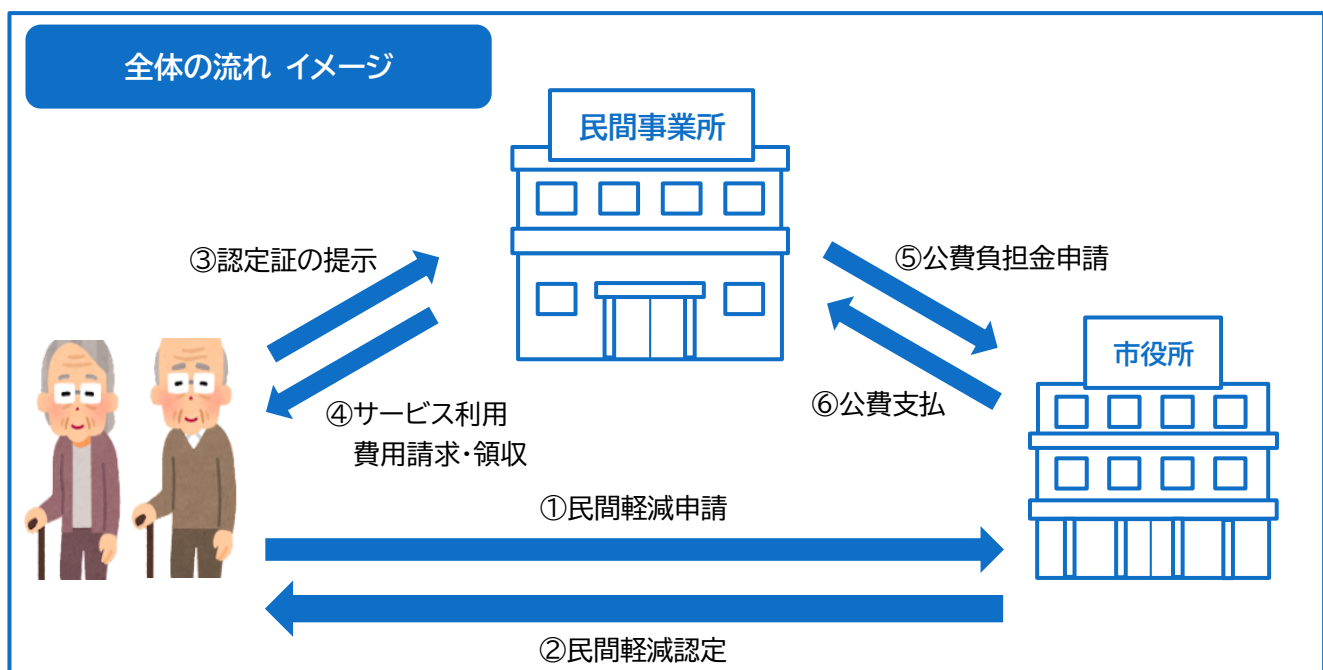
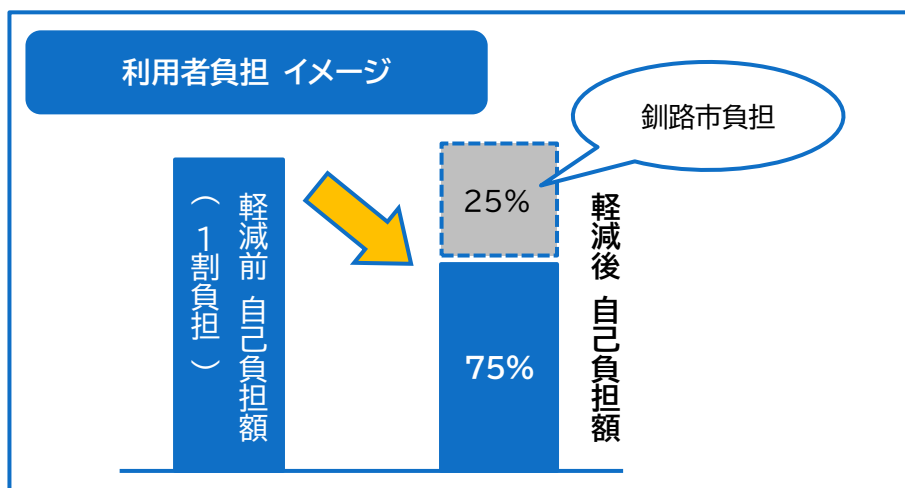
社会福祉法人等が提供する介護サービスや介護予防・生活支援サービス事業において、利用する被保険者が一定の基準を満たし、特に生計維持が困難と認められる方に対し、申請により利用料の一部を軽減する社会福祉法人等利用者負担軽減(以下、社福軽減)があります。

しかし、社福軽減の対象サービスについて民間法人が運営する場合は軽減制度が適用されず利用者負担に差が生じることから、民間法人において提供される対象サービスを利用する場合でも、社福軽減と同等の利用者負担を軽減する釧路市独自の事業として「民間等サービス利用者負担軽減事業」を2006年(平成18年)より実施しております。

2. 軽減の仕組み

民間等サービス利用者負担軽減の資格を有する方は、介護保険サービス費の自己負担(1割)から、さらに25%が軽減された額で軽減対象サービスをご利用頂けます。その軽減分の費用は公費として釧路市が負担します。

提供事業所におきましては、利用料を請求する際に随時軽減を実施し、その実績を毎月釧路市へ報告してください。報告された実績を集計し、四半期ごとに事業所へ公費をお支払いいたします。



3. 軽減対象サービスの種類

- ① 訪問サービス／訪問型サービス
- ② 通所介護／通所型サービス
- ③ (介護予防)短期入所生活介護
- ④ 夜間対応型訪問介護
- ⑤ (介護予防)認知症対応型通所介護
- ⑥ (介護予防)小規模多機能型居宅介護(短期利用含む)
- ⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護(短期利用含む)
- ⑨ 介護老人福祉施設
- ⑩ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

※サービス費用の自己負担のほかに、食費・居住費(滞在費)がある場合、それらの費用の自己負担も軽減対象になります。

※生活保護の方は、上記③、⑨、⑩のサービスの個室の居住費(滞在費)のみ軽減対象です。

4. 民間軽減の該当要件

市民税世帯非課税者で、下記の要件をすべて満たす方

- 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 万円加算した額以下であること
- 預貯金などの額が単身世帯で 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
- 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
- 負担能力のある親族などに扶養されていないこと
- 介護保険料を滞納していないこと

世帯人数	世帯年間収入基準	世帯預貯金等合計金額基準
単身	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

認定証(例)

民間等サービス利用者負担軽減確認証 (民間等事業所による利用者負担の軽減制度)	
交付年月日 令和 4年 8月 1日	
確認番号	0 0 0 0 0 0 1 0 1 1
受給者	住所 釧路市黒金町8丁目2番地
	フリガナ ヤマダ イチロウ
氏名	山田 一郎
生年月日	昭和17年 1月 1日 性別 男・★
介護保険被保険者番号	0000001011
適用年月日	令和 4年 8月 1日から
有効期限	令和 5年 7月 31日まで
減額割合	対象サービス利用者負担 食費・居住費等 1/4
発行機関名 及び印	0 1 2 0 6 2 北海道釧路市黒金町7丁目5番地 釧路市

5. 事務手続き

5-1 各種届出

【協力申出書(様式第1号)】

本事業を開始するための届出になります。軽減事業を実施される事業者は、必ず事前に当担当へ協力申出書を提出してください。提出された月より本事業の開始となります。

※法人格の変更等により改めて新規事業所の指定を受ける場合は、本事業についても新規の取り扱いとしますので、協力申出書を提出してください。

【変更届(様式第2号)】

【口座振込変更届(様式第3号)】

既に軽減事業を開始されている事業所につきましては、下記の項目に変更がある場合、速やかに変更届を提出してください。また、振込先口座を変更する際は、上記変更届と口座振込変更届を併せて提出してください。

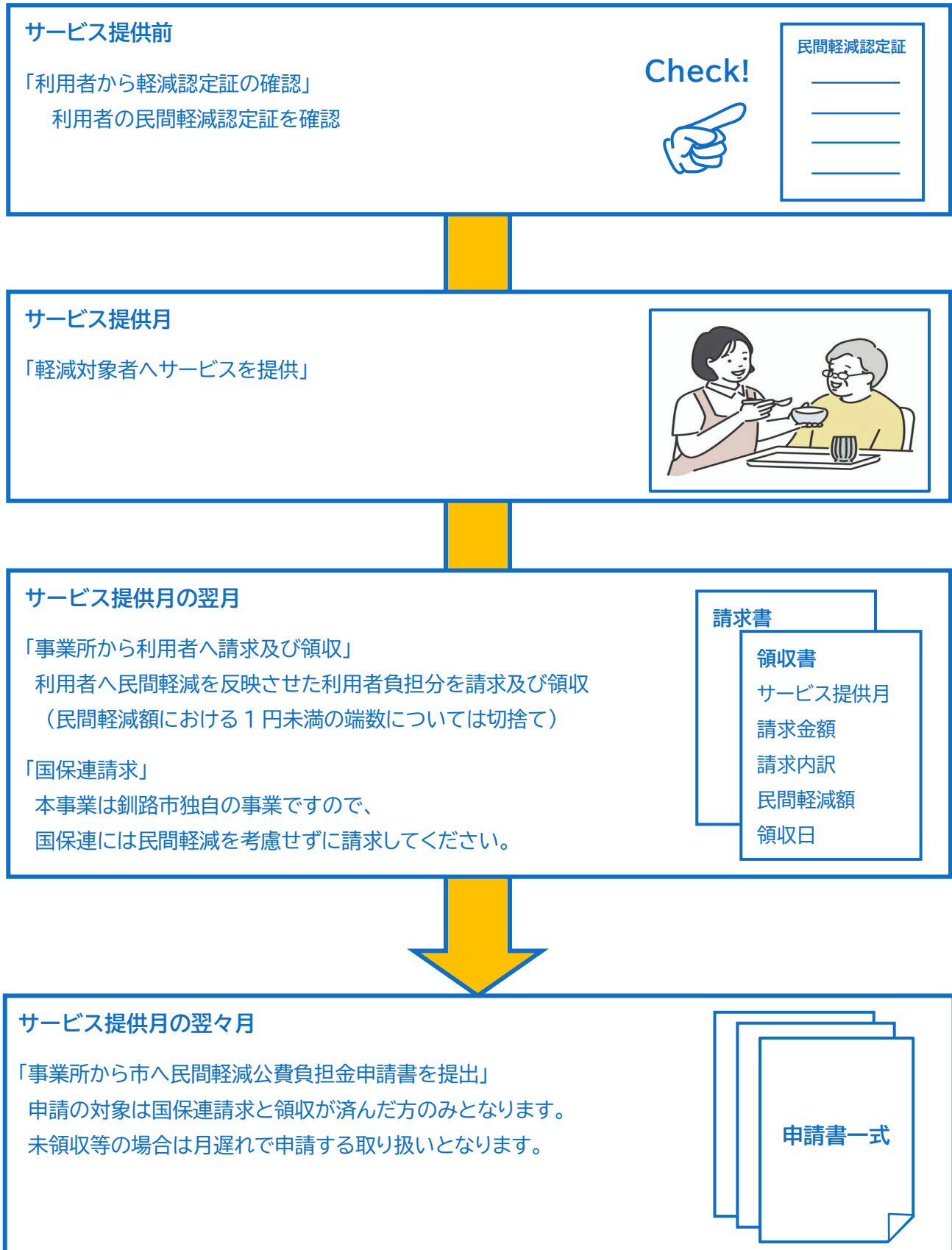
変更事項	
・住所	・連絡先
・名称	・サービス区分
・代表者	・その他
・振込先口座（※別紙口座振込変更届を添付）	

【解除届】

やむを得ない事情により民間軽減事業を取りやめる場合は、解除届を提出していただきますので、事前に当担当まで電話等でご連絡ください。

5-2 サービス利用～公費負担金申請の流れ

事業所における軽減事業の基本的な流れを示します。スケジュールの全体像を把握する一助となれば幸いです。



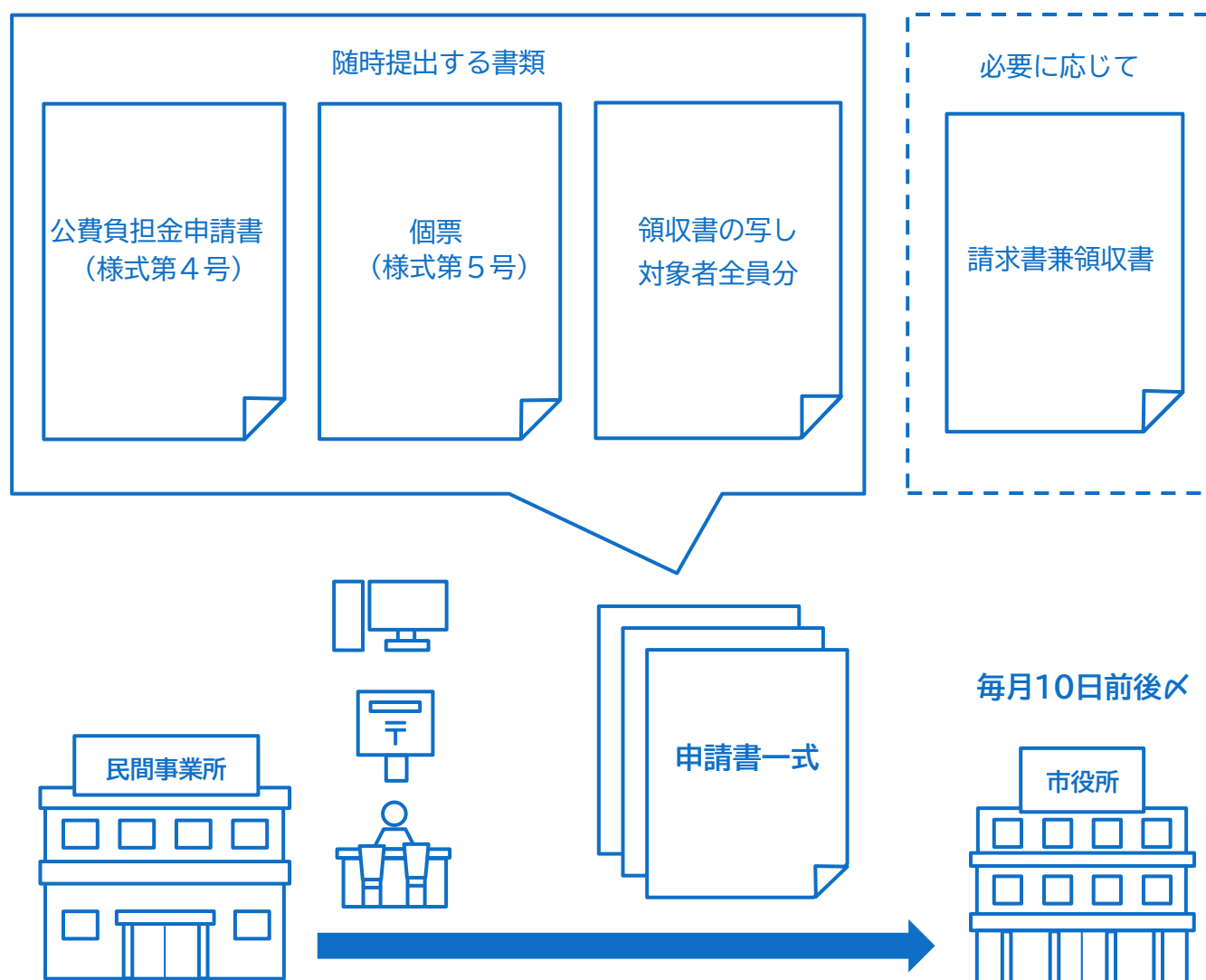
5-3 公費負担金申請における提出書類

軽減対象者がいましたら、国保連請求とサービス費の領収後、公費負担金の請求申請書を毎月10日前後までに提出して頂きます。また、民間軽減公費申請の時効は2年となりますので、申請が失念しないよう十分注意してください。

※公費申請の締切日や対象となるサービス提供月におかれましては、別途年間スケジュール表にてご確認ください。

※月遅れ請求や返戻等により国保連請求が通っていない月は対象となりません。

※申請書類はメール、郵送及び窓口にてご提出ください。



各提出書類の説明

様式ごとに赤枠内の必要事項を入力してください。

【公費負担金申請書(様式第4号)】

		(様式第4号)		
(記載例)		令和〇年〇月〇日		
釧路市長 あて				
		住所 釧路市黒金町1丁目1番地		
		申請者 法人名 株式会社〇〇		
		代表者名 代表取締役〇〇〇〇		
		事業所名 デイサービス〇〇		
民間等サービス利用者負担額軽減公費負担金支出申請書				
標記の件について、 年 月 分として下記のとおり申請いたします。				
1	申請額	金	1,432	円
2	申請内訳			
サービス区分ごとに負担軽減調書(個票)の数字を記入してください。				
サービス区分	該当件数	利用者負担合計 D	該当者負担額 E	市負担金額 F
15: 通所介護	2	2,868	2,152	716
A6: 通所型サービス(通所介護相当)	2	2,868	2,152	716
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
合 計	4	5,736	4,304	1,432
3	民間等サービス利用者負担額軽減調書(個票)		別	添
4	本人負担額収書等(写)		別	添

※サービス区分欄は個票(第5号様式)にて入力されたサービス区分を入力してください。

区分ごとの合計金額が自動入力されます。

※押印は不要です。

【個票(様式第5号)】

B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	(記載例)									
	保険者: 釧路市									
					法人名	株式会社 ○○			事業所名	デイサービス
Nc	被保険者番号	氏名	認定状況	サービス区分	サービス単位	利用者負担額 A	食費 B	居住費・宿泊費・滞在費 C	合計 (A+B+C)	
1	1011	山田 一郎	介護1	15 通所介護	1,234	1,234	400		1	
2	1012	山田 一子	介護2	15 通所介護	1,234	1,234			1	
3	2002	田中 次郎	支援1	A6 新型サービス(通所介護除外)	1,234	1,234	400		1	
4	2003	鈴木 太郎	支援2	A6 新型サービス(通所介護除外)	1,234	1,234			1	
5						0				

項目別記入要領

被保険者番号／氏名

軽減対象者の被保険者番号と氏名を入力

認定状況

サービス利用月における月末の介護度

サービス区分

利用したサービスに対応するサービスコード種類

※申請書(第4号様式)作成時に使用しますので、お間違えの無いようご注意ください

サービス単位数

給付限度額外の加算を含めた合計単位数

※公費がある場合は合計単位数から公費分を除き、なお残る自己負担単位数を入力してください

食費／居住費・宿泊費・滞在費

利用したひと月分の合計

※おやつ代は軽減対象外です。

<複数月分の公費申請を一つの申請書にまとめる場合>

サービス費の領収が遅れる等により、ひと月の公費申請が複数月分ある場合は、一つの申請書にまとめて提出して頂くことが可能です。その場合は月遅れの対象者の備考欄に提供年月を入力してください。

No		被保険者番号	氏名	認定状況	サービス区分	サービス単位	利用者負担額 A	食費 B	居住費・宿泊費・滞在費 C	合計 D (A+B+C)	該当者負担額 E D×3/4 or 1/2	市負担金額 F (D-E) (端数切捨て)	備考 (1/2の場合)
1	1011	山田 一郎	介護1	15:通所介護	1,234	1,234	400		1,634	1,226	408		
2	1011	山田 一郎	介護1	15:通所介護	1,234	1,234	400		1,634	1,226	408	R1.10	
3	1011	山田 一郎	介護1	15:通所介護	1,700	1,700	700		2,400	1,800	600	R1.08	
4						0			0	0	0		

<同一月で「要支援」、「要介護」でそれぞれサービス利用があった場合>

1人の対象者において月途中で介護度変更があり、「要支援」と「要介護」それぞれの軽減実績がある場合は、分けて入力し、備考欄に識別できるよう「要支援」「要介護」と入力してください。また、認定状況欄においては、提供年月末時点の介護度を入力してください。

No		氏名	認定状況	サービス区分	サービス単位	利用者負担額 A	食費 B	居住費・宿泊費・滞在費 C	合計 D (A+B+C)	該当者負担額 E D×3/4 or 1/2	市負担金額 F (D-E) (端数切捨て)	備考 (1/2の場合)
1	山田 一郎	介護1	15:通所介護	536	536	500		1,036	777	259	要支援	
1	山田 一郎	介護1	15:通所介護	1,234	1,234	1,000		2,234	1,676	558	要介護	
						0			0	0	0	

サービス提供月末時点の介護度を入力

<月途中で生活保護の開始または廃止が行われた場合>

生活保護受給中のサービス費、食費、居住費等は民間軽減の対象とはなりません。月途中で生活保護の開始または廃止が行われた場合は、開始前と廃止後の費用に関しましては軽減の対象となりますのでその期間の軽減実績を申請してください。備考欄には「月途中生保」と入力してください。

事業所名 ティサービス〇〇						
負担額 A	食費 B	居住費・宿泊費・滞在費 C	合計 D (A+B+C)	該当者負担額 D×3/4 or1/2	市負担金額 F (D-E) (端数切捨て)	備考 (1/2の場合)
236	300		536	402	134	月途中生保
0			0	0	0	

<過誤等により既に申請した負担金を修正する場合>

過誤や食費、居住費(滞在費)の領収金額の誤り等により、公費額が変更となる場合には、既に提出して頂いた個票(様式第5号)の金額をマイナス表記で入力してください。併せて正しい金額を入力し提出してください。

法人名 株式会社 〇〇						事業所名 ティサービス〇〇						
No	被保険者番号	氏名	認定状況	サービス区分	サービス単位	利用者負担額 A	食費 B	居住費・宿泊費・滞在費 C	合計 D (A+B+C)	該当者負担額 D×3/4 or1/2	市負担金額 F (D-E) (端数切捨て)	備考 (1/2の場合)
1	1011	山田 一郎	介護1	15:通所介護	1,234	1,234	400		1,634	1,226	408	
2	1012	山田 子	介護2	15:通所介護	1,234	1,234			1,234	926	308	
3	2000	山田 太郎	介護1	15:通所介護	1,234	1,234	400		1,634	1,226	408	

先月申請した山田 一郎の実績を修正する場合

法人名 株式会社 〇〇						事業所名 ティサービス〇〇						
No	被保険者番号	氏名	認定状況	サービス区分	サービス単位	利用者負担額 A	食費 B	居住費・宿泊費・滞在費 C	合計 D (A+B+C)	該当者負担額 D×3/4 or1/2	市負担金額 F (D-E) (端数切捨て)	備考 (1/2の場合)
1	1011	山田 一郎	介護1	15:通所介護	-1,234	-1,234	-400		-1,634	-1,226	-408	R1.12月分修正
2	1011	山田 一郎	介護1	15:通所介護	1,500	1,500	700		2,200	1,650	550	R1.12月分修正
3						0			0	0	0	

- 1.既に申請した金額をマイナス表記で入力
- 2.次の行に正しい金額を入力
- 3.備考欄に該当の提供年月を入力

【領収書の写し】

利用者氏名、サービス利用年月、介護保険自己負担金額、民間軽減額、領収日が記載されたもの

※食費・居住費等がある場合は、その費用と軽減額が記載されたもの

山田 一郎 様		123-8910 北海道釧路市〇〇4丁目567番地 TEL: 0000-11-2222 FAX: 000-11-2223		
令和4年11月分		令和4年11月1日～令和4年11月30日		
利用者氏名	山田 一郎 様	負担割合	1割	
		費用負担者	山田 一郎 様	続柄 本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業所名			領収年月日	
			令和4年12月25日	
消費税額	医療費控除額	領収金額		¥2,436-
¥110-	¥1,226-			
項目	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分(通所)			926円	10.00円/単位
通所介護I52	700単位	1		
通所介護個別機能訓練加算I1	50	1		
通所介護入浴介助加算I	65	1		
通所介護サービス提供体制加算III	20	1		
通所介護処遇改善加算I	399単位	1		
民間軽減額(サービス費)			308円	1,234円 25%
食費(通所)			300円	
昼食	400円	1	(400)	
民間軽減(食費)			100円	400円 25%
おむつ代(通所)	110円	1	110円	

【請求書兼領収書】

公費の支給の際、請求書兼領収書(釧路市様式)が必要となります。

必要に応じて当方から各事業所に請求書兼領収書の提出を依頼いたします。

5-4 支払月

公費負担金申請の支払は四半期ごとにまとめていたします。また、支払月下旬に対象月ごとの支払金額が掲載された通知書を送付いたします。

