社会福祉法人等による利用者負担軽減制度 について

この制度は、低所得で特に生計が困難である方を対象に介護サービスの利用者負担を軽減するものです。

1 対象者の要件(下記の全ての要件を満たす方が対象となります。)

- ① 世帯員全員が市町村民税非課税であること。
- ② 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- ③ 世帯の預貯金合計と日常生活に供する資産以外の活用できる資産の固定資産評価額の合計額が単身で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。
- ④ 負担能力のある親族(市町村民税課税者)などに扶養されていないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

2 軽減対象サービスと費用

- ① 対象サービス(県へ届出を行った社会福祉法人等が行うサービスが対象となります。)

- 介護老人福祉施設サービス
 - 地域密着型介護老人福祉施設
 - 訪問介護(夜間対応型を含む)
 - 通所介護(地域密着型を含む)
 - 認知症対応型通所介護
 - 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
 - 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業
 - 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業
- (○は介護予防サービスを含む)

- ② 対象費用

上記に係る利用者負担額及び、これに伴う食費・居住費(滞在費、宿泊費)

※介護老人福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護に係る食費及び居住費(滞在費、宿泊費)については、介護保険負担限度額認定を受けている場合に限る。

3 軽減割合

利用者負担額の25%(老齢福祉年金受給者は50%)

※生活保護受給者は、施設サービスに係る居住費(滞在費)の全額

4 申請方法(①または②のいずれかの方法で申請してください。)

- ① 本庁高齢障がい福祉課介護保険担当または各総合支所市民福祉課まで申請書と必要書類を持参のうえ、申請する。
- ② 申請書に必要書類を添付し、郵送により申請する。

※郵送申請の方で、必要書類が不足していた場合、再申請となる可能性があるのでご注意ください。

【必要書類】

本人及び世帯員の状況	必要書類
収入がある場合	「年金振込通知書」、「給与明細書」、もしくは振込の記載がある通帳の写しなど
預貯金がある場合	「預金通帳」※預金通帳は必ず直近まで記帳をして下さい。 「定期積金証書」、「有価証券」の写しなど
活用できる資産がある場合 (日常生活に供する資産以外の資産)	固定資産税納税通知書(明細書) など
本人が扶養されている場合	扶養している方が大崎市以外の方の場合は、扶養している方が1月1日現在に住民登録している自治体からの非課税証明書

問合せ先 〒989-6188

大崎市古川七日町1-1

電話 0229-23-6125

大崎市高齢障がい福祉課 介護保険担当