

浜松市介護施設利用者負担軽減制度事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 市長は、低所得者の介護保険サービスの利用促進を図るため、介護保険の保険給付に係るサービス（以下「対象サービス」という。）の利用者負担の軽減制度を行う社会福祉法人等に対し、予算の範囲内において、補助金を交付するものとし、交付に関しては、浜松市社会福祉法人の助成に関する条例（昭和52年浜松市条例第17号）、浜松市社会福祉法人の助成に関する条例施行規則（昭和52年浜松市規則第19号）、浜松市補助金交付規則（昭和55年浜松市規則第17号）及びこの要綱に定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 「社会福祉法人等」とは、当該社会福祉法人が介護保険サービスを提供する事業所及び施設の所在地の都道府県知事及び対象サービスの利用者の保険者たる市長に対して利用者負担の軽減制度を行う旨の申出をした社会福祉法人及び市長が利用者負担の軽減制度を行う必要があると判断した社会福祉事業を経営する他の事業主体をいう。
- (2) 「軽減制度」とは、対象サービスの提供を行う社会福祉法人等が、市長から交付された社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証（以下「確認証」という。）を提示した者に対し、確認証の内容に基づき利用者負担の軽減を行うことをいう。
- (3) 「対象サービス」とは、以下のア～シをいう。

ア 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第2項に規定する「訪問介護」（以下「訪問介護」という。）

イ 法第8条第7項に規定する「通所介護」

ウ 法第8条第9項に規定する「短期入所生活介護」及び第8条の2第7項に規定する「介護予防短期入所生活介護」（以下「短期入所生活介護」という。）

エ 法第8条第15項に規定する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」（以下「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」という。）

オ 法第8条第16項に規定する「夜間対応型訪問介護」（以下「夜間対応型訪問介護」という。）

カ 法第8条第17項に規定する「地域密着型通所介護」（以下「地域密着型通所介護」という。）

キ 法第8条第18項に規定する「認知症対応型通所介護」及び第8条の2第13項に規定する「介護予防認知症対応型通所介護」（以下「認知症対応型通所介護」という。）

ク 法第8条第19項に規定する「小規模多機能型居宅介護」及び第8条の2第14項に規定する「介護予防小規模多機能型居宅介護」（以下「小規模多機能型居宅介護」という。）

ケ 法第8条第22項に規定する「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」及び第8条第27項に規定する「介護老人福祉施設」又は介護保険法施行法（平成9年法律第124号。以下「施行法」という。）第13条第1項に規定する「特定介護老人福祉施設」に入所する者に対して提供される「介護福祉施設サービス」（以下「介護福祉施設サービス」という。）

コ 法第8条第23項に規定する「複合型サービス」（以下「複合型サービス」という。）

サ 浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第1号事業の人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱（以下「指定第1号サービス基準」という。）第4条に規定する指定介護予防訪問サービス

シ 指定第1号サービス基準第53条に規定する指定介護予防通所サービス

(4) 「1割負担額」とは、以下のア～カをいう。

ア 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）により算定した費用の額（その額が現に当該対象サービスに要した費用の額を超えるときは、現に当該対象サービスに要した費用の額とする。）から、法第41条第4項に規定する居宅介護サービス費の額を控除した額

イ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）により算定した費用の額（その額が現に当該対象サービスに要した費用の額を超えるときは、現に当該対象サービスに要した費用の額とする。）から、法第42条の2第2項に規定する地域密着型介護サービス費を控除した額

ウ 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）により算定した費用の額（その額が現に当該対象サービスに要した費用の額を超えるときは、現に当該対象サービスに要した費用の額とする。）から、法第53条第2項に規定する介護予防サービス費の額を控除した額

エ 指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第128号）により算定した費用の額（その額が現に当該対象サービスに要した費用の額を超えるときは、現に当該対象サービスに要した費用の額とする。）から、法第54条の2第2項に規定する地域密着型介護予防サービス費の額を控除した額

オ 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告

示第21号)により算定した費用の額(その額が現に当該対象サービスに要した費用の額を超えるときは、現に当該対象サービスに要した費用の額とする。)から、法第48条第2項に規定する施設介護サービス費の額を控除した額

カ 浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第1号事業に要する費用の額の算定に関する基準を定める要綱により算定した費用の額(その額が現に当該対象サービスに要した費用の額を超えるときは、現に当該対象サービスに要した費用の額とする。)から法第115条の45の3第1項に規定する第1号事業支給費を控除した額

- (5) 「食費」とは、介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。)第61条第1号イ及び第2号イ、第65条の3第1号イ、第2号イ、第3号イ、第6号イ及び第7号イ、第79条第1号、第84条第2号イ、第85条の3第1号イ及び第2号イ並びに指定第1号サービス基準第57条第3項第2号に規定する食事の提供に要する費用から特定入所者介護サービス費を控除した額をいう。
- (6) 「居住費」とは、施行規則第61条第2号ロ及び第84条第2号ロに規定する滞中に要する費用、施行規則第65条の3第3号ロ、第65条の3第7号ロ及び第85条の3第2号ロに規定する宿泊に要する費用並びに施行規則第65条の3第6号ロ及び第79条第2号に規定する居住に要する費用から特定入所者介護サービス費を控除した額をいう。
- (7) 「旧措置入所者」とは、施行法第13条第1項に規定する旧措置入所者をいう。
- (8) 「高額介護サービス費」とは、法第51条に規定する高額介護サービス費及び法第61条に規定する高額介護予防サービス費並びに浜松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第12条に規定する高額介護予防サービス費に相当する額をいう。
- (9) 「特定入所者介護サービス費」とは、法第51条の3に規定する特定入所者介護サービス費及び法第61条の3に規定する特定入所者介護予防サービス費をいう。

(補助の対象及び補助率)

第3条 補助の対象及び補助率については、別表に定める。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、補助対象としない。

- (1) 市の他の助成制度による財政的支援を受けた場合、又は受ける見込みのある場合
- (2) 国、他の地方公共団体又は公共的団体の助成制度による財政的支援を受けた場合、又は受ける見込みのある場合

(社会福祉法人等の申出)

第4条 軽減制度を実施する社会福祉法人等は、「社会福祉法人等による利用者負担軽減実施申出書」(第1号様式)を市長に提出しなければならない。

(交付の申請)

第5条 浜松市介護施設利用者負担軽減補助金の交付の申請は、次の各書類を市長に提出しなければならない。

(1) 提出書類 各1部

ア 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金交付申請書（第2号様式）

イ 所要見込額調書総括表（第3号様式）

ウ 所要見込額調書個表（訪問介護、通所介護、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、介護予防訪問サービス及び介護予防通所サービスは第4号様式、介護福祉施設サービスは第5号様式）

エ 利用者負担収入見込額調書（第6号様式）

オ 資金状況調べ（第7号様式）

カ 収支予算書抄本

キ 市民税・県民税・森林環境税特別徴収義務者指定通知書の写し

(交付の決定)

第6条 前条の規定により申請があった場合、市長は「補助金交付額決定通知書」（第8号様式）を申請者に通知するものとする。ただし、交付決定にあたっては、申請者に市税の未納がないことを要する。

(変更の申請)

第7条 補助事業の内容等の変更により第5条に規定する申請内容に変更が生じた場合は、次の各書類を市長に提出しなければならない。

(1) 提出書類 各1部

ア 補助金交付変更申請書（第9号様式）

イ 変更所要見込額調書総括表（第3号様式）

ウ 変更所要見込額調書個表（訪問介護、通所介護、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、介護予防訪問サービス及び介護予防通所サービスは第4号様式、介護福祉施設サービスは第5号様式）

エ 変更利用者負担収入見込額調書（第6号様式）

オ 変更収支予算（見込）書抄本

2 前項の規定により申請があった場合、市長は「補助金交付変更承認通知書」（第10号様式）を申請者に通知するものとする。

(実績の報告)

第8条 補助事業完了後の実績報告は、次の各書類を市長に提出しなければならない。

(1) 提出書類 各1部

ア 実績報告書(第11号様式)

イ 事業実績書総括表(第12号様式)

ウ 所要額調書個表(訪問介護、通所介護、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、介護予防訪問サービス及び介護予防通所サービスは第4号様式、介護福祉施設サービスは第5号様式)

エ 利用者負担収入額調書(第6号様式)

オ 軽減状況調書(訪問介護、通所介護、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、介護予防訪問サービス及び介護予防通所サービスは第13号様式、介護福祉施設サービスは第14号様式)

カ 収支決算(見込)書抄本

(補助金の確定)

第9条 前条の規定により実績報告があった場合、市長は「補助金の確定通知書」(第15号様式)を申請者に通知するものとする。

(請求の手続)

第10条 補助金の請求手続は、前条における補助金の確定通知書を受けた社会福祉法人等が当該通知書を受領した日から起算して10日を経過した日までに請求書(第16号様式)を提出しなければならない。

(関係書類の整理)

第11条 この要綱の規定による補助金の交付を受けた者は、当該補助金の収支に関する帳簿及び書類を当該補助金の交付を受けた年度終了後、5年間保管しなければならない。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行し、令和6年度から令和8年度までの補助金について適用する。

附 則

この要綱は、令和6年6月3日から施行する。

補助の対象及び補助率

対象サービス区分	利用者負担額	対象経費	補助率
(1) 訪問介護 (2) 定期巡回・随時 対応型訪問介護看 護 (3) 夜間対応型訪問 介護 (4) 介護予防訪問サ ービス	1割負担額とする。	左記利用者負担額の軽 減制度に要する経費のう ち、当該社会福祉法人等 が全ての利用者（実質的 負担軽減者を除く。ただ し、実質的負担軽減者で あってもユニット型個室 の居住費に係る利用者負 担額については除かない。）から受領すべき利用 者負担収入（対象サービ ス区分に係るものに限 る。以下「本来受領すべ き利用者負担収入」とい う。）の100分の1を控 除した額。	100分の50
(5) 通所介護 (6) 地域密着型通所 介護 (7) 認知症対応型通 所介護 (8) 介護予防通所サ ービス	1割負担額と食費の 合算額とする。		
(9) 短期入所生活介 護 (10) 小規模多機能 型居宅介護 (11) 複合型サービ ス	1割負担額、食費及 び居住費の合算額とす る。		
(12) 介護福祉施設 サービス	1割負担額、食費及 び居住費の合算額とす る。 ただし、旧措置入所 者で利用者負担割合が 100分の5以下の者 （以下「実質的負担軽 減者」という）につい ては軽減制度の対象と しないが、ユニット型 個室の居住費に係る利 用者負担額については 軽減の対象とする。		100分の50 ただし、左記対象 経費から本来受領す べき利用者負担収入 に100分の10を 乗じた額を控除して 得た額がある場合 は、その額について 100分の100と する。

(署名又は記名押印をしてください。)

記

[illegible]

年 月 日

（あて先）浜松市長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

（署名又は記名押印をしてください。）

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金交付申請書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

浜松市介護施設利用者負担軽減制度事業費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費の補助金を交付されたく申請します。

記

1. 補助事業の目的・内容及びその効果
2. 補助事業の経費の配分・経費の使用方法（収支の計画）、当該補助事業の遂行に関する計画（事業の計画）並びに完了予定日
3. 補助事業の経費のうち、補助金によってまかなわれる部分以外の部分の負担方法
4. 補助事業に関して生ずる収入金の有無
5. 交付を受けようとする補助金の額及びその算出方法
6. 市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑を記入）
☐ 浜松市介護施設利用者負担軽減制度事業費補助金交付要綱第6条の規定により、市において、申請者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。
7. 暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入）
☐ 浜松市介護施設利用者負担軽減制度事業費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約し、承諾します。

(1) 次に掲げる者のいずれにも該当しません。

- ・暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)
- ・暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)
- ・暴力団員等と密接な関係を有する者
- ・上記3点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

(2) 浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

8. その他

所要見込額調書（変更所要見込額調書） 総括表

浜 松 市 分

法人名

区 分	補助所要額
訪問介護	円
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	円
夜間対応型訪問介護	円
介護予防訪問サービス	円
通所介護	円
地域密着型通所介護	円
認知症対応型通所介護	円
介護予防認知症対応型通所介護	円
介護予防通所サービス	円
短期入所生活介護	円
介護予防短期入所生活介護	円
小規模多機能型居宅介護	円
介護予防小規模多機能型居宅介護	円
複合型サービス	円
介護老人福祉施設	円
地域密着型介護老人福祉施設	円
計	円

（注）変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載すること。（円未満切捨て）

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書） 個表

〔 訪問介護 ・ 定期巡回 ・ 随時対応型訪問介護看護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 介護予防訪問サービス
通所介護 ・ 地域密着型通所介護 ・ 認知症対応型通所介護 ・ 介護予防認知症対応型通所介護 ・ 介護予防通所サービス
短期入所生活介護 ・ 介護予防短期入所生活介護 ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ・ 複合型サービス 〕

(年 月 ～ 年 月分)

1 事業所全体の補助基本額					事業所名
本来受領すべき 利用者負担収入 A	100 分の 1 相当額 B = A × 0.01	軽減総額 C	補助対象額 D = C − B	補助率 E	補助基本額 F = D × E
円	円	円	円	100 分の 50	円

2 市町村別補助所要額		
市町村名	市町村別軽減額 G	補助所要額 H = F × (G / C)
	円	円
計	(= C)	

(裏面)

(注)

- 1 本様式は、対象サービス及び事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつける。
- 2 A欄は、第6号様式「利用者負担収入見込額調書（変更利用者負担収入見込額調書、利用者負担収入額調書）」の該当するサービスの計欄の金額を、対象サービス及び事業所ごとに記入する。
- 3 B欄は、A欄に100分の1を乗じた額とする（円未満切捨て）。
- 4 C欄は、軽減した利用者負担額（1割負担額、食費及び居住費）の総額を記入する。
- 5 D欄は、C欄からB欄を減じた額とし、マイナスの場合は「0」とする。
- 6 F欄は、D欄に補助率Eを乗じた額とする（円未満切捨て）。
- 7 G欄は、C欄の軽減総額を市町村別に記入する。
- 8 H欄は、補助基本額Fに市町村ごとの按分率（軽減総額に占める当該市町村軽減額の比率（ G/C ））を乗じた額とし、当該額を各市町村へ請求することとする（円未満切捨て）。
- 9 変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載する。

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書） 個表

[介護老人福祉施設 ・ 地域密着型介護老人福祉施設]

(年 月～ 年 月分)

1 施設全体の補助基本額

施設名

本来受領すべき 利用者負担収入 A	100 分の 1 相当額 $B = A \times 0.01$	100 分の 10 相当額 $C = A \times 0.1$	軽減総額 D	全額公費分 $E = D - C$	100 分の 50 公費分 $F = D - B - E$	補助率 G	補助基本額 $H = (F \times G) + E$
円	円	円	円	円	円	100 分の 50	円

2 市町村別補助所要額

市町村名	市町村別軽減額 I	補助所要額 $J = H \times (I / D)$
	円	円
計	(= D)	

(裏面)

(注)

- 1 本様式は、施設ごとに作成し、該当するサービスに○をつける。
- 2 A欄は、第6号様式「利用者負担収入見込額調書(変更利用者負担収入見込額調書、利用者負担収入額調書)」の該当するサービスの計欄の金額を、施設ごとに記入する。
- 3 B欄は、A欄に100分の1を乗じた額とする(円未満切捨て)。
- 4 C欄は、A欄に100分の10を乗じた額とする(円未満切捨て)。
- 5 D欄は、軽減した利用者負担額(1割負担額、食費及び居住費)の総額を記入する。
ただし、実質的負担軽減者については対象外とするが、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については、軽減の対象とする。また、特定入所者介護サービス費の適用を行った後の額とする。なお、本事業に基づく軽減を行った後に高額介護サービス費を支給する。
- 6 E欄は、D欄からC欄を減じた額とし、マイナスの場合は「0」とする。
- 7 F欄は、D欄からB欄及びE欄を減じた額とし、マイナスの場合は「0」とする。
- 8 H欄は、F欄に補助率Gを乗じた額にE欄を加えた額とする(円未満切捨て)。
- 9 I欄は、D欄の軽減総額を市町村別に記入する。
- 10 J欄は、補助基本額Hに市町村ごとの按分率(軽減総額に占める当該市町村軽減額の比率(I/D))を乗じた額とし、当該額を各市町村へ請求することとする(円未満切捨て)。
- 11 変更所要見込額調書の場合は、変更前の所要見込額を上段に括弧書きし、変更後の所要見込額を下段に記載する。

利用者負担収入見込額調書（変更利用者負担収入見込額調書、利用者負担収入額調書）

（ 年 月～ 年 月分）

事業所又は施設名				
	1割負担額	食費	居住費	計
	円	円	円	円
訪問介護				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
夜間対応型訪問介護				
介護予防訪問サービス				
通所介護				
地域密着型通所介護				
認知症対応型通所介護				
介護予防認知症対応型通所介護				
介護予防通所サービス				
短期入所生活介護				
介護予防短期入所生活介護				
小規模多機能型居宅介護				
介護予防小規模多機能型居宅介護				
複合型サービス				
介護老人福祉施設				
地域密着型介護老人福祉施設				

(裏面)

(注)

- 1 本様式は、「本来受領すべき利用者負担収入」について、対象サービス及び事業所（施設）ごとに作成する。
- 2 軽減対象者を含むすべての利用者から受領する利用者負担収入見込額（1割負担額、食費及び居住費）を記入する。
- 3 軽減対象者については軽減する前の利用者負担収入見込額とする。
- 4 介護福祉施設サービス利用者のうち、実質的負担軽減者については対象外とするが、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については、軽減の対象とする。
また、特定入所者介護サービス費の適用を行った後の額とする。なお、全ての場合において、本事業に基づく軽減を行った後に高額介護サービス費を支給する。
- 5 変更利用者負担収入見込額調書の場合は、変更前の収入見込額を上段に括弧書きし、変更後の収入見込額を下段に記載する。

資 金 状 況 調 べ

法人名

(単位：円)

区分 月別	収 入				支 出		支出残高
	浜松市 補助金	他市町村 補助金	法人負担	計	社会福祉法 人等軽減	計	
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
1月							
2月							
3月							
4月							
5月							
計							

(注) 未経過の月分については、見込額を計上すること。

浜松市指令 第 号
年 月 日

（あ て 先）様

浜松市長 氏 名 印

補 助 金 交 付 額 決 定 通 知 書

年 月 日付け申請のあった社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金として下記のとおり条件を付して補助する。

金		百			千			円
---	--	---	--	--	---	--	--	---

記

- 条件
- 1 補助事業の中止又は廃止及び内容又は経費の配分を変更する場合は、市長の承認を受けること。
 - 2 補助金は、当該補助事業以外の目的に使用してはならない。
 - 3 補助事業が予定の期間内に完了しない場合は、速やかに市長に報告してその指示を受けること。
 - 4 補助事業の事業運営、経理の状況を調査し、不相当と認めたときは、当該補助金の全部又は一部の返還を命ずる。
 - 5 事業完了後速やかに別に定める様式により補助事業完了報告書を市長に提出すること。
 - 6 補助事業の完了により当該補助事業者に相当の収益が生じると認められる場合においては、当該補助金の交付の目的に反しない場合に限り、その交付した補助金の全部又は一部に相当する金額を市に納付すること。
 - 7 浜松市補助金交付規則（昭和55年浜松市規則第17号。以下「規則」という。）第17条第1項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、補助金の返還の請求を受けたとき又は当該返還の期限までに納付しなかったときは、規則第18条の2の規定に基づき、加算金又は遅延損害金を市に納付する。
 - 8 補助金の返還の請求を受け、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しない場合、規則第18条の3の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をする場合がある。
 - 9 規則に基づく市長の指示に従うこと。

年 月 日

（あて先）浜松市長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

（署名又は記名押印をしてください。）

補 助 金 交 付 変 更 申 請 書

浜松市介護施設利用者負担軽減制度事業費補助金交付要綱第7条の規定により、 年
月 日付け浜松市指令 第 号にて補助金の交付決定を受けた社会福祉法人等によ
る利用者負担軽減制度事業費に対する補助金について下記のとおり変更したいので申請します。

記

1. 変更の理由

2. 変更の内容

浜松市指令 第 号
年 月 日

（あ て 先）様

浜松市長 氏 名 印

補 助 金 交 付 変 更 承 認 通 知 書

年 月 日付けで変更申請のあった社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金について、年 月 日付け浜松市指令第 号にての交付決定を下記のとおり変更します。

記

年 月 日

（あて先）浜松市長

所在地

申請者 名称

代表者氏名

（署名又は記名押印をしてください。）

実 績 報 告 書

浜松市介護施設利用者負担軽減制度事業費補助金交付要綱第 8 条の規定により、 年
月 日付け浜松市指令 第 号により補助金の交付の決定を受けた社会福祉法人等
による利用者負担軽減制度事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

記

- 1 完了年月日
- 2 事業の内容
- 3 収支の状況及び補助事業により生ずる収入金
- 4 補助金の交付申請書と相違した場合はその理由
- 5 交付確定を受けたい額
金 円
- 6 その他

※ 以下浜松市記入

上記報告事項について審査いたしました。

年 月 日

審査担当氏名

印

審査結果の意見

事業実績書 総括表

浜 松 市 分

法人名

区 分	補助所要額 A	補助金交付決定額 B	補助金受入済額 C	差引不足額（C－B）		備 考
				超過額 D	不足額 E	
訪問介護	円	円	円	円	円	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
夜間対応型訪問介護						
介護予防訪問サービス						
通所介護						
地域密着型通所介護						
認知症対応型通所介護						
介護予防認知症対応型通所介護						
介護予防通所サービス						
短期入所生活介護						
介護予防短期入所生活介護						
小規模多機能型居宅介護						
介護予防小規模多機能型居宅介護						
複合型サービス						
介護老人福祉施設						
地域密着型介護老人福祉施設						
計						

（注）差引過不足額欄については、D 欄に超過額を、E 欄に不足額をそれぞれ記入すること。

第 1 3 号様式の 1（第 8 条関係）

軽減状況調書〔 訪問介護 ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 介護予防訪問サービス 〕
(年 月分)

事業所名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	訪問介護	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 訪問サービス
				1 割負担額軽減額	1 割負担額軽減額	1 割負担額軽減額	1 割負担額軽減額
				円	円	円	円

- (注)
- 1 本様式は対象サービス及び事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつけることとする。
 - 2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
 - 3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 通所介護 〕
(年 月分)

事業所名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	通所介護		
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	計
				円	円	

(注)

1 本様式は対象サービス及び事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつけることとする。

2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。

3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 認知症対応型通所介護 ・ 介護予防認知症対応型通所介護 〕
(年 月分)

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	事業所名 認知症対応型通所介護			介護予防認知症対応型通所介護		
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	計	1 割負担額軽減額	食費軽減額	計
				円	円		円	円	円

- (注)
- 1 本様式は対象サービス及び事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつけることとする。
 - 2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
 - 3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 地域密着型通所介護 ・ 介護予防通所サービス 〕
(年 月分)

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	地域密着型通所介護			事業所名 介護予防通所サービス		
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	計	1 割負担額軽減額	食費軽減額	計
				円	円		円	円	円

- (注)
- 1 本様式は対象サービス及び事業所ごとに作成し、該当するサービスに○をつけることとする。
 - 2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
 - 3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 短期入所生活介護 〕
(年 月分)

事業所名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	短期入所生活介護			計
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
				円	円	円	円

(注)

1 本様式は事業所ごとに作成することとする。

2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。

3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 介護予防短期入所生活介護 〕
(年 月分)

事業所名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	介護予防短期入所生活介護			計
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
				円	円	円	円

(注)

1 本様式は事業所ごとに作成することとする。

2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。

3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 小規模多機能型居宅介護 〕
(年 月分)

事業所名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	小規模多機能型居宅介護			計
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
				円	円	円	円

(注)

1 本様式は事業所ごとに作成することとする。

2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。

3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 介護予防小規模多機能型居宅介護 〕
(年 月分)

事業所名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	介護予防小規模多機能型居宅介護			計
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
				円	円	円	円

(注)

1 本様式は事業所ごとに作成することとする。

2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。

3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 複合型サービス 〕
(年 月分)

事業所名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	複合型サービス			計
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
				円	円	円	円

(注)

- 1 本様式は事業所ごとに作成することとする。
- 2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
- 3 事業所において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 介護老人福祉施設 〕
(年 月分)

施設名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	介護老人福祉施設			計
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
				円	円	円	円

(注)

1 本様式は施設ごとに作成することとする。

2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。

3 施設において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

軽減状況調書〔 地域密着型介護老人福祉施設 〕
(年 月分)

施設名

通 番	被保険者番号	確認番号	氏 名	地域密着型介護老人福祉施設			計
				1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	
				円	円	円	円

(注)

1 本様式は施設ごとに作成することとする。

2 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。

3 施設において、本様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料を本様式に替えることができるものとする。

第 号
年 月 日

（あ て 先）様

浜松市長 氏 名 印

補 助 金 の 確 定 通 知 書

年 月 日付けの補助事業の実績報告書を審査の結果、下記金額を当該社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金として確定いたします。

記

金		百万			千			円

注 上記確定額に不服がある場合は、書類受領後 5 日以内に書類をもって市長に異議の申出ができます。

請 求 書

金 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定（決定）を受けた社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費に対する補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

（あて先）浜松市長 氏 名

所 在 地
名 称
代表者職氏名

口座振替先
金融機関名
口座種別
口座番号
口座名義