

社会福祉法人等の代表者 様

浜松市健康福祉部介護保険課長 谷口 弘記

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に係る  
令和7年度補助金の交付申請及び実績報告について（依頼）

日頃、浜松市の介護保険事業につきましては、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。また、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業の実施にご協力いただき誠にありがとうございます。  
さて、令和7年度の当該事業については、令和8年3月にて事業終了となります。つきましては、令和7年度補助金の交付確定等を行ってまいりますので、令和7年度補助金の交付申請関係書類、実績報告関係書類及び請求関係書類を下記の要領にて提出していただきますようお願いいたします。

記

1 提出期日

下記2(1)(2)(3)(4)とも **令和8年4月7日(火)** 《必着にてお願いします》

2 提出書類

(1) 交付申請関係

|   | 提出書類                         | 様式番号      | 備 考  |
|---|------------------------------|-----------|--|
| 1 | 補助金交付申請書                     | 第2号様式     | ※日付は <b>令和8年3月6日</b>   |
| 2 | 所要見込額調書総括表                   | 第3号様式     |  |
| 3 | 所要見込額調書個表                    | 第4号、第5号様式 | ※実績報告関係書類と同じもの   |
| 4 | 利用者負担収入見込額調書                 | 第6号様式     | ※実績報告関係書類と同じもの   |
| 5 | 資金状況調べ                       | 第7号様式     |  |
| 6 | 収支予算書抄本                      | (任意様式)    | ※日付は <b>令和8年3月6日</b>   |
| 7 | 食費および居住費の記載のある運営規程又は重要事項説明書  | (任意様式)    | ※ (介護予防) 通所介護、介護予防通所サービス、(介護予防) 短期入所生活介護、(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及び介護福祉施設について<br>⇒ <b>補助額が発生する場合は必ずご提出ください</b> |
| 8 | 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 | 浜松市様式     | ※ 浜松市課税の給与所得者を雇用する事業者のみ  |

(2) 実績報告関係

|   | 提出書類               | 様式番号             | 備 考  |
|---|--------------------|------------------|--|
| 1 | 実績報告書              | 第11号様式           | ※日付は <b>令和8年3月31日</b>  |
| 2 | 事業実績書総括表           | 第12号様式           | ※年間分（4月～3月分）   |
| 3 | 所要額調書個表            | 第4号、第5号様式        | ※年間分（4月～3月分）   |
| 4 | 利用者負担収入額調書         | 第6号様式            | ※年間分（4月～3月分）   |
| 5 | 軽減状況調書             | 第13号様式<br>第14号様式 | ※ 年間分（4月～3月分）<br>⇒ 上半期実績報告済の事業者は<br>下半期分のみ   |
| 6 | 収支決算（見込）書抄本        | （任意様式）           | ※日付は <b>令和8年3月31日</b><br>収支決算（見込）書が間に合わない場合は、<br>その旨が分かるようにして、予算書で代用<br>し、後日必ず提出のこと。<br><u>収支決算（見込）書抄本から当該補助金に<br/>かかる事業所ごとの利用者負担収入がわ<br/>からない場合は、利用者負担収入がわかる<br/>書類を添付すること。</u> |
| 7 | 領収証（または請求書）<br>の写し | （任意様式）           | ※ 年間分（4月～3月分）<br>⇒ 上半期実績報告済の事業者は<br>下半期分のみ   |

※ 令和7年度上半期分実績報告関係書類を提出された法人につきましては、ご提出の後に過誤請求で給付実績が変更となった場合などは、上半期分の軽減総額につきましても必ず修正をしていただきますようお願いいたします。（修正があった旨のメモ等を添付していただければ幸いです。）

(3) 請求関係

|   | 提出書類 | 様式番号   | 備 考   |
|---|------|--------|---|
| 1 | 請求書  | 第16号様式 | ※日付は <b>令和8年4月7日</b>  |
| 2 | 委任状  | （任意様式） | ※日付は <b>令和8年4月7日</b><br><b>※ 振込口座名義人と請求者（法人理事長）が異なる場合のみ</b> |

(4) その他

- ・社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に係る令和7年度実績報告提出書類チェックリスト
- ・令和7年度社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者人数調
- ・生活保護受給者の軽減に関する調書（該当の場合のみ）

### 3 提出先

法人所在地の福祉事業所 長寿支援課または長寿保険課

|  |
|--|
| 中央福祉事業所 長寿支援課 中央区役所内 介護保険グループ<br>〒430-8652 浜松市中央区元城町103-2 電話 053-457-2337    |
| 中央福祉事業所 長寿支援課 東行政センター内 介護保険グループ<br>〒435-8686 浜松市中央区流通元町20-3 電話 053-424-0184  |
| 中央福祉事業所 長寿支援課 西行政センター内 介護保険グループ<br>〒431-0193 浜松市中央区雄踏一丁目31-1 電話 053-597-1119 |
| 中央福祉事業所 長寿支援課 南行政センター内 介護保険グループ<br>〒430-0898 浜松市中央区江之島町600-1 電話 053-425-1572 |
| 浜名福祉事業所 長寿保険課 浜名区役所内 介護保険グループ<br>〒434-0038 浜松市浜名区貴布祢3000 電話 053-585-1122     |
| 浜名福祉事業所 長寿保険課 北行政センター内 北長寿支援グループ<br>〒431-1395 浜松市浜名区細江町気賀305 電話 053-523-2863 |
| 天竜福祉事業所 長寿保険課 天竜区役所内 介護保険グループ<br>〒431-3392 浜松市天竜区二俣町二俣481 電話 053-922-0065    |

※ 浜松市外の法人は介護保険課へ提出してください。

|  |
|--|
| 浜松市役所 健康福祉部介護保険課 総務・給付グループ<br>〒430-8652 浜松市中央区元城町103-2 電話 053-457-2862 |
|--|

### 4 注意事項

以下の提出書類の日付は、指定された日付を記入してください

| 様式              | 指定日付      |
|-----------------|-----------|
| 補助金交付申請書（第2号様式） | 令和8年3月6日  |
| 収支予算書抄本         |           |
| 実績報告書（第11号様式）   | 令和8年3月31日 |
| 収支決算（見込）書抄本     |           |
| 請求書（第16号様式）     | 令和8年4月7日  |
| 委任状             |           |

### 5 その他

(1) 各種様式データ（ワード・エクセル形式）は、浜松市 HP からダウンロードをお願いします。

浜松市トップページ >> 創業・産業・ビジネス >> 福祉・介護 >> 介護保険事業者及び  
従業者の皆様へ >> 浜松市介護施設利用者負担軽減制度事業費補助金

(<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/kaigo/welfare/caresp/news/211111syahukukeigen.html>)

※ 「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の交付の手引き」も掲載しております。

(2) 補助に係る根拠等や補助金に係る事務手続きについては、「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の交付の手引き」をご参照ください。

(3) 平成23年度から、生活保護受給者の居住費・滞在費にかかる利用者負担額について、補足給付支給後の自己負担額（負担限度額）が減免対象となっています。内容等につきましては、『浜松市介護施設利用者負担軽減補助金交付要綱』をご確認いただき、適切な事務処理をお願いいたします。

また、県への報告事項として生活保護受給者の軽減対象者の集計も別途必要ですので、対象者がいる場合は同送の様式（任意様式可）にも合わせてご記入願います。

(4) 実績報告関係書類の収支決算（見込）書抄本で、当該補助金に係る事業所の利用者負担収入がわからない場合には、事業所ごとの利用者負担収入（見込み）がわかる書類をご提出ください。

(5) 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の決定および支払い時期は実績報告関係書類の提出後、令和8年5月を予定しています。あらかじめご了承ください。

(6) 補助金が交付された後に過誤請求などが判明した場合、補助金の返還が必要となることがあります。そのため、適正な介護給付費の請求を行っていただきますとともに補助金の交付申請関係書類及び実績報告関係書類の作成にあたっては十分にご注意をいただきますようお願いいたします。

なお、以下のような事例については、随時対応させていただきますのでご連絡願います。

**【例】** 現在介護給付費の取下げ再請求中または同月過誤処理中につき、今後軽減額の修正が必要となる可能性のある事業所

|   |
|---|
| 浜松市健康福祉部介護保険課<br>総務・給付グループ 上妻・渥美<br>電話 053-457-2862 FAX 053-450-0084<br>E-mail <a href="mailto:kaigo@city.hamamatsu.shizuoka.jp">kaigo@city.hamamatsu.shizuoka.jp</a> |
|---|