

社会福祉法人による利用者負担軽減制度の利用を希望している方へ

申請手続きのご案内(新規)

社会福祉法人が運営する事業所等で介護保険サービスを利用する際に利用者負担額等が軽減されるには、「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証(以下「確認証」)」が必要です。申請手続きを行い、裏面記載の要件に該当することが確認できた場合、確認証を交付します。確認証の有効期限は、**申請された月の1日から令和8年7月31日まで。毎年申請が必要です。**(確認証をお持ちの方には、6月頃更新のご案内が届きます。)

①申請に必要なもの【提出前に必ずご確認ください。】

提出書類	注意事項	確認欄
申請書(表面・裏面)	申請書の両面に記入してください(裏面に記入見本あり)。 申請書裏面の記入も必要です のでご注意ください。	<input type="checkbox"/>
預貯金、有価証券等の写し	本人並びに世帯員全員 の下記資産の全ての写し(通帳のコピー等)が必要です。(詳しくは下記項目並びに右面を参照してください。)	<input type="checkbox"/>
収入要件を 確認するための書類の写し	本人並びに世帯員全員 の令和6年中の下記書類 「年金振込通知書」・・・遺族年金・障害年金・遺族恩給等非課税年金受給の方 「雇用保険受給資格証明書」・・・雇用保険受給の方 「年金生活者支援給付金振込通知書」・・・年金生活者支援給付金がある方 「確定申告書」又は「収支内訳書」・・・事業収入・不動産収入など確定申告をした収入がある方	<input type="checkbox"/>
(成年後見人等による申請の場合に必要な証明書類)	・登記事項等証明書等の代理権を証明する書類の写し ・成年後見人等の本人確認書類の写し	<input type="checkbox"/>

②審査対象となる資産について【本人及び世帯員の資産が対象】

株券

下表の審査の対象となる「資産」について、対応する「添付書類」を提出してください。

資産の種類	添付書類	確認欄
預貯金 (普通・定期・貯蓄など)	【写しの取り方については裏面を参照してください。】 ・通帳の見開きページ：銀行名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人が確認できる部分の写し ・申請日から 直近6ヶ月分 の預貯金の残高が確認できる部分の写し ・定期/定額/貯蓄/積立貯金等の残高部分の写し(残高0円の場合も必要です。) ・インターネットバンクの場合：ウェブサイト上の入出金の記録及び残高のわかる部分の写し	<input type="checkbox"/>
有価証券 (株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)	<input type="checkbox"/>
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)	<input type="checkbox"/>
金・銀(積立購入を含む)など	※購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属が対象 購入先の銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)	<input type="checkbox"/>
タンス預金	添付書類なし(申請書の「現金」欄に金額を記載ください。)	<input type="checkbox"/>
負債(借入金・住宅ローンなど)	借用証書等の写し	<input type="checkbox"/>

※生命保険、自動車、装身具、装飾品等、絵画、骨董品、家財等は資産の対象外です。

預貯金等の写しの取り方について

①本人及び世帯員の全ての預貯金の通帳を用意する。

②通帳記帳を行う。（最新の情報が必要です。公的年金を受給している口座については、その事実が確認できるよう、特に記帳漏れのないようお願いします。）

③通帳見開き及び令和7年1月～現在までのページをコピーする。（A4サイズ白黒可）。定額貯金等については、残高0円の場合もコピーが必要です。（市役所へ持参される場合は、受付の際に職員がコピーをとります）。

投資信託や有価証券等は、名義人、取引金額、時価評価額がわかる書類が必要です。

<コピー例> A4用紙にコピーし、切り取らずにそのまま提出ください。

口座番号 1234567 支店名 川西支店
お名前 カワニシ タロウ 様 ●●銀行

年月日	摘要	お支払	お預かり	残高
**10.15	●●年金		...	2,000,000
10.19	*	20,000		*****
11.10	*		...	*****
11.12	*		...	*****
12.15	●●年金		...	***
1.11	××		...	***
1.20	××	...		***
2.5	××		...	***
2.15	●●年金		...	***

1	30-10-13	お預かり	10年	*1,000,000	元金	36/10/13	
		分離	0.221	元金	振替		*1,000,000
2	2-5-15	お預かり <td>10年<td>*500,000<th>元金</th><td>22/5/15</td><td></td></td></td>	10年 <td>*500,000<th>元金</th><td>22/5/15</td><td></td></td>	*500,000 <th>元金</th> <td>22/5/15</td> <td></td>	元金	22/5/15	
		分離 <td>0.115<td>元金</td><td>振替</td><td></td><td>*1,500,000</td></td>	0.115 <td>元金</td> <td>振替</td> <td></td> <td>*1,500,000</td>	元金	振替		*1,500,000
3							
4							
5							
6							
7							
8							

(例) 普通預金のご利用について

対象の期間分の記帳が次のページや繰越先の通帳にまたがっている場合は、該当するページ全ての写しが必要です。

④申請前に多額の引き出しがあった場合は、領収書等を確認させていただく場合がありますので、ご用意ください。支払いを証明できない場合は、「その他の資産（現金）」としてみなす場合があります。

※家族間で財産を贈与した場合、贈与税の対象となることがありますので、税務署にご確認ください。

不実の申告をして不正に軽減制度を利用した場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。また、年度内に世帯構成や資産要件に変更が生じた場合、速やかに下記まで申出てください。

③申請方法 【窓口へ持参または郵送で】

上記必要書類を揃え、窓口または郵送で申請してください。

※コピーを取ることが難しい場合は、介護保険課窓口でコピーします。
※書類に不備があった場合は、一旦全ての書類を返却します。返却後あらためて書類を揃えて申請してください。

〒666-8501
川西市中央町12番1号
川西市福祉部介護保険課
(1階12番)

社会福祉法人等利用者負担軽減制度について

社会福祉法人が運営する事業所等で介護保険サービスを利用された際、利用者負担が軽減される制度です。「社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証」の交付を受け、事業者等に提示することにより、利用者負担額や食費・居住費（宿泊費）の負担軽減を受けることができます。

◆軽減の対象となる方

下記の①～⑥の全てに該当する方または、生活保護を受給されている方

①	本人並びに世帯員全員が 市民税非課税 であること。 ※世帯とは住民基本台帳上の世帯を指します。
②	世帯の前年中の収入金額が、単身世帯で150万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり50万円を加算した金額）以下であること。 ※収入金額には、非課税年金（遺族年金・障害年金・老齢福祉年金等）や年金生活者支援給付金、雇用保険、在日外個人等福祉給付金、親族からの仕送り等、あらゆる収入を含みます。
③	世帯の現金・預貯金・有価証券・債権等の資産が、単身世帯で350万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり100万円を加算した金額）以下であること。
④	負担能力のある親族等に扶養されていないこと。 ※市民税の扶養親族になっている場合や健康保険の被扶養者となっている場合は、負担能力のある親族等に扶養されていることとなります。
⑤	本人並びに世帯員全員が、自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産を所有していないこと。
⑥	介護保険料を滞納していないこと。

◆軽減対象のサービスと軽減割合

対象サービス		生活保護受給者の軽減内容	左記以外の軽減内容
在宅サービス	訪問介護 （ホームヘルプサービス）	なし	利用者負担額（1割負担分）の25%
	通所介護 （デイサービス）	なし	利用者負担額（1割負担分）の25% 食費の25%
	短期入所生活介護 （ショートステイ）	宿泊費の100% ※個室の場合	利用者負担額（1割負担分）の25% 食費・宿泊費の25%
施設サービス	介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	居住費の100% ※個室の場合	利用者負担額（1割負担分）の25% 食費・居住費の25%
地域密着型サービス	認知症対応型通所介護	なし	利用者負担額（1割負担分）の25% 食費の25%
	小規模多機能型居宅介護	宿泊費の100% ※個室の場合	利用者負担額（1割負担分）の25% 食費・宿泊費の25%
	地域密着型介護老人福祉施設	居住費の100% ※個室の場合	利用者負担額（1割負担分）の25% 食費・居住費の25%

申請書(記入例)

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

川西市長 あて

下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確認を、必要書類を添えて申請します。また、私の収入金額等の申告内容が事実であることを確認し、川西市社会福祉法人利用者負担軽減制度実施要綱に規定する対象者要件に該当することを誓約します。

この確認審査にあたり、必要な情報を税務部局その他の関係機関が保有する資料等により確認されること及び当該申請に係る認定結果について、居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所・介護保険施設及び市福祉部関係機関に対して、介護保険課より情報提供されることに同意します。

申告内容が事実と異なり、要件に当てはまらないことが判明した場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議はありません。

令和7年 7月 1日 被保険者名 川西 太郎

(代筆の場合) 被保険者の意思に基づき 川西 花子 が代筆しています。

記名もれにご注意ください

被保険者 (申請者)	個人番号	被保険者番号										
	フリガナ	カワニシ タロウ	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	氏名	川西 太郎										
	生年月日	S10 年 1 月 1 日	電話番号	072-XXXX-XXXX								
住所	〒666-0001 川西市中央町12-1											
減免申請事由	1:市民税世帯非課税者 2:生活保護受給者 3:高齢福祉年金受給者(明治44年以前生)											
提出者	氏名	川西 花子	続柄	長女								
	住所	〒XXX-XXXX 大阪府〇〇市△△町1-1		電話番号	090-XXXX-XXXX							

◆下記と裏面にあなたの世帯の収入・預貯金・資産・生活状況を必ず記入ください。

【収入・預貯金等】…収入金額や預貯金等の金額がわかる書類を世帯全員分添付下さい。

申請者を含めた世帯全員の収入・預貯金等の状況について記入してください。この欄に記載する収入は全て前年1~12月分の収入です(1~7月中の申請については、前々年1~12月分の収入となります)。必要経費や各種控除額控除前の収入を記入ください。

申請者ごとの続柄	氏名	収入の有無	収入の種類 (該当するものに全て○をつける)	収入額 (年間の金額)	預貯金等の有無	預貯金等の金額 (申請月現在)
本人	川西 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 給与・給付金・住居・その他	1,235,000円	<input checked="" type="checkbox"/>	1,500,000円
妻	川西 金	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 給与・給付金・住居・その他	年金 550,000円 給与 150,000円	<input checked="" type="checkbox"/>	800,000円
長男	川西 太一	<input checked="" type="checkbox"/>	年金・給与・給付金・住居・その他	1,000,000円	<input checked="" type="checkbox"/>	520,000円
合計				2,935,000円	合計	2,820,000円

収入額と預貯金の額について記入ください。(資料添付要)

裏面に続く

お手元にある現金や有価証券等(資料添付要)・不動産について記入してください。

【資産】

申請者を含めた世帯全員の資産について記入してください。
 ・評価額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入ください。
 ・居住用以外の土地・家屋を所有する場合には、「所在地・用途」欄に「〇〇市〇〇町(駐車場)」等と記入ください。また、処分できない理由を記入ください。
 ・書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付ください。

現金	世帯合計			250,000円		
有価証券	有・無	種類	額面	評価額		
	有		円	円		
不動産	有	土地	居住用	川西 太郎		
			その他			
	有	家屋	居住用	川西 太郎		
			その他			

申請者を扶養している方がいれば記入ください。

【生活状況】…該当するものに○をつけてください。

①申請者の生活費や介護サービスにかかる利用者負担額を申請者の収入で賄えない場合はどのように賄われていますか。あてはまるものを全てに○をつけてください。

預貯金等の蓄え ・ 親族等の仕送りや援助等 ・ 同居家族(氏名: 川西 金)の収入 ・ その他

②①で親族等の仕送りや援助等に○をつけられた場合、仕送り・援助等をしている方について記入してください。

氏名() 続柄()
住所()
仕送り・援助の内容()

仕送り・援助をしている方の市民税課税状況 (課税 ・ 非課税)

③税の申告において、申請者を扶養にしている親族はいますか。(いる ・ いない)
 いる場合:氏名()続柄()
 住所()
 市民税課税状況(課税 ・ 非課税)

④介護保険料を滞納していますか。(いる ・ ない)