

只見町認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等軽減事業実施要綱

平成25年3月29日只見町訓令第2号

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づく認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を実施する施設（以下「事業所」という。）において、家賃、食材料費及び光熱水費の費用負担が困難な低所得者に対し利用者負担の軽減を行う事業者を対象として助成を行うことにより、低所得者の経済的負担を軽減することを目的とする。

(助成の対象者)

第2条 この要綱に基づき軽減を受けることができる者は、本町において要介護認定を受け、又は要支援状態区分で要支援2の認定を受けている被保険者（以下、「対象者」という。）で、只見町に1年以上住所を有し、対象者及びその属する世帯全員の当該年度の住民税が非課税で次のいずれかに該当する者とする。

(1) 対象者が老齢年金の受給者。

(2) 対象者の課税年金収入額と合計所得金額（地方税法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。以下この項において同じ。）の合計が80万円以下である者。

(3) 対象者の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超える者。

(対象費用及び助成額)

第3条 助成対象となる費用は、居住費（光熱水費を含む）及び食費（以下「入居費用」という。）とし、事業所は、次に掲げる額を対象者が負担する最低限度額として入居費用を軽減する。

(1) 前条第1号に該当する者 1日 居住費 820円 食費 300円

(2) 前条第2号に該当する者 1日 居住費 820円 食費 390円

(3) 前条第3号に該当する者 1日 居住費 1,640円 食費 650円

2 町は、前項に規定する額と事業所が運営規定で定める入居費用の差額について、次に定める額を限度に事業所に助成するものとする。

(1) 前条第1号に該当する者 1日 1,980円

(2) 前条第2号に該当する者 1日 1,890円

(3) 前条第3号に該当する者 1日 810円

(助成の申請及び決定)

第4条 入居費用の軽減を受けようとする者（以下、「申請者」という。）は、認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減申請書（様式第1号）を町長

に提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の申請書の提出があったときは、速やかに必要な調査及び審査を行い、入居費用の軽減の可否を決定し、認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減対象決定通知書（様式第2号）（以下、「決定通知書」という。）により、申請者に通知するものとする。

- 3 軽減の有効期間は、第1項の規定による申請のあった月の初日から翌年度の6月末日までとする。ただし、申請日が4月1日から6月末日までの場合は、当該年度の6月末日までとする。

- 4 有効期間満了後引き続き入居費用の軽減を受けようとするときは、有効期間が満了するまでに第1項に規定する手続きをとらなければならない。

（決定通知書の提示）

第5条 決定の通知を受けた者（以下、「認定者」という。）は、入居費用の軽減を受けるときは、当該事業者に対し決定通知書を提示しなければならない。

（変更届等）

第6条 認定者は、利用内容に変更があったとき、又は第2条に規定する対象者に該当しなくなったときは、認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減利用変更届（様式第3号）を町長に提出しなければならない。

- 2 修正申告等により対象者の合計所得金額に変更、又は対象者及びその属する世帯員の住民税課税額に変更が生じた場合は、前項の規定にかかわらず税担当課から通知があった月から変更するものとする。

（助成金の請求）

第7条 助成金の交付を受けようとする事業所は、認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減助成金交付請求書（様式第4号）に認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減額明細書（様式第5号）を添えて町長に提出しなければならない。

- 2 当該年度に初めて請求する場合、又は入居費用に変更があった場合は、前項の書類に加え運営規定の写しを添付するものとする。

- 3 町長は、第1項に規定する請求書を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは事業所に助成金を交付するものとする。

（その他）

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

様式第 1 号（第 4 条関係）

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減申請書

フリガナ		保険者番号		0	7	3	6	7	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒 電話番号								
利用事業所名									
住所	電話番号								
要介護度	要支援 2 ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）								
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
只見町長 様 認知症対応型共同生活介護事業所の入居費用の軽減を受けたいので申請します。 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業実施要綱第 2 条に規定する軽減対象要件確認のため、私の世帯の課税状況を調査することに同意します。 年 月 日 申請者 住所 (電話番号) 氏 名 ⑩ (続柄)									

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	

様

番
年

月

号
日

只見町長

印

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減対象決定通知書

年 月 日付けで申請のありました、認知症対応型共同生活介護事業所の入居費用の軽減について、次のとおり決定しましたので通知します。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
-------------	--	-------------	--

決 定 年 月 日	年 月 日
決定事項	
1 承認する 適用年月日 年 月 日 (負担下限額) 食 費 円 有効期限 年 月 日 住居費 円 軽減限度額 1 日 円	
2 承認しない (理由)	

問い合わせ先
只見町保健福祉センター 保健福祉課福祉班
〒968-0442 福島県南会津郡只見町大字長浜字久保田 3 1 番地
TEL 0241-84-7010

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減利用変更届

年 月 日

只見町長 様

住所

申請者 氏名 印

電話番号

認知症対応型共同生活介護事業の利用について、（変更・中止）したいので、届け出ます。

フリガナ		保険者番号		0	7	3	6	7	6
利用者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒 電話番号								
変更年月日	年 月 日								
(変更の内容等)									
中止年月日	年 月 日								
(休止・中止の理由等)									

様式第4号（第7条関係）

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減助成金交付請求書

年 月 日

只見町長 様

住 所

事業所名

代表者名 印

電話番号

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減助成金について、関係書類を添えて、下記のとおり請求いたします。

記

助成金請求額 金 円

（ 年 月～ 年 月サービス分）

様式第5号（第7条関係）

月分 認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減額明細書

[illegible]