社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は，介護保険の円滑な実施のための特別対策として実施する低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度のうち「社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業」（低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について（平成１２年５月１日付け老発第４７４号厚生省老人保健福祉局長通知）別添２の事業。（以下「事業」という。））の実施のために必要な事項を定めるものとする。

２　前項に定める事業は，要介護認定者もしくは要支援認定者（以下「要介護被保険者等」という。）のうち生計困難と認められる者（以下「軽減対象者」という。）が，あらかじめ利用者負担の軽減を実施する旨を都道府県知事および本市に申し出た社会福祉法人等（以下「軽減法人」という。）が提供する軽減対象となる介護保険サービス（以下「対象サービス」という。）を利用する場合，軽減法人が軽減対象者のサービス利用に伴う利用者負担の一部を軽減するものとする。

（用語の定義）

第２条　この要綱において使用する用語は，介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）において使用する用語の例による。

（軽減実施の申出）

第３条　利用者負担の軽減を行おうとする軽減法人は，社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（別記第１号様式）に関係書類を添えて所在地の知事および市長に申し出るものとする。

（対象サービスおよび軽減内容）

第４条　軽減対象者が利用者負担の軽減を受けることができるサービスは，軽減法人が行う次に掲げるサービス（区分支給限度基準額を超えないものに限る。）とする。

(1)　訪問介護

(2)　通所介護
(3)　短期入所生活介護
(4)　定期巡回・随時対応型訪問介護看護
(5)　夜間対応型訪問介護
(6)　地域密着型通所介護
(7)　認知症対応型通所介護
(8)　小規模多機能型居宅介護
(9)　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
(10) 看護小規模多機能型居宅介護
(11) 介護福祉施設サービス
(12) 介護予防短期入所生活介護
(13) 介護予防認知症対応型通所介護
(14) 介護予防小規模多機能型居宅介護
(15) 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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）
(16) 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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）

2　前項に規定するサービスについて，軽減の対象とする費用および軽減割合は，それぞれ別表に掲げるとおりとする。ただし，短期入所生活介護，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護，介護福祉施設サービスまたは介護予防短期入所者生活介護に係る食費および居住費（滞在費）については，介護保険制度における特定入所者介護サービス費または特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。

3　函館市訪問介護利用者に対する利用者負担額軽減措置実施要綱の適用のある者は，訪問介護については，本要綱を適用しないものとする。

4　高額介護サービス費および高額介護予防サービス費ならびに高額医療合算介護サービス費および高額医療合算介護予防サービス費との適用関係については，本要綱に基づく軽減制度の適用を行い，軽減制度適用後の利用者負担額について，高額介護サービス費および高額介護

予防サービス費ならびに高額医療合算介護サービス費および高額医療合算介護予防サービス費を支給するものとする。

5　定期巡回・随時対応型訪問介護看護，指定地域密着型介護老人福祉施設，指定介護老人福祉施設，小規模多機能型居宅介護および看護小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第２段階の者のサービス費に係る利用者負担額については，本要綱を適用しないものとする。

6　介護保険制度における特定入所者介護サービス費および特定入所者介護予防サービス費との適用関係は，特定入所者介護サービス費および特定入所者介護予防サービス費の支給後の利用者負担額について，本要綱を適用するものとする。

（軽減対象者）

第５条　第１条第２項に規定する軽減対象者は，本市の要介護被保険者等のうち市町村民税世帯非課税であって，以下の要件の全てを満たす者のうち，その者の収入や世帯の状況，利用者負担等を総合的に勘案し，生計が困難な者と市が認めた者および生活保護受給者とする。

(1)　年間収入が単身世帯で１５０万円，世帯員が１人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。

(2)　預貯金等の額が単身世帯で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。

(3)　日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

(4)　負担能力のある親族等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　前項の規定にかかわらず，介護保険法施行法（平成９年法律第124号）第１３条第１項に規定する旧措置入所者（以下「旧措置入所者」という。）で利用者負担割合が５％以下の者については，ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額についてのみ軽減の対象とするものとする。

また，生活保護受給者については，個室の居住費（滞在費）に係る利用者負担額についてのみ軽減の対象とするものとする。

（軽減対象者の確認申請）

第６条　本要綱に定める利用者負担額の軽減を受けようとするときは，社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（別記第２号様式）により市長に申請しなければならない。申請にあたっては，収入等申告書（別記第３号様式）を添付するものとする。

２　前項の規定にかかわらず，市長が必要と認めるときは，前項に規定する以外の書類の提出を求めることができる。

３　市長は，第１項に規定する申請書の提出があったときは，内容を審査し，その結果を社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書（別記第４号様式）により通知するものとする。

（確認証）

第７条　市長は，前条に規定する申請があった場合において，第５条に規定する軽減対象者と認めたときは，当該申請者に対し，社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（別記第５号様式，生活保護受給者は別記第５号様式の２）を交付するものとする。

（確認証の有効期限）

第８条　前条に規定する確認証の有効期限は，申請のあった日の属する月の初日から申請のあった日の属する年度の翌年度の７月３１日までとする。ただし，４月から７月分の対象サービスの利用者負担額の軽減について，４月１日から７月３１日までに申請があったものは，当該年度の７月３１日までとする。

（確認証の提示）

第９条　第７条に規定する確認証の交付を受けた軽減対象者が，軽減法人から第４条に規定するサービスの提供を受けようとするときは，当該法人に確認証を提示するものとする。

（非該当の届出義務）

第10条　軽減対象者は，第５条に規定する要件に該当しなくなったときは，速やかに市長にその旨を届け出るとともに確認証を返還しなければならない。

（確認証の再交付申請）

第11条　軽減対象者が確認証を汚損し，または紛失したときは，社会福

祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書（別記第６号様式）により市長に確認証の再交付を申請することができる。

２　前項の申請において，確認証の汚損による場合は，その汚損した確認証を添付しなければならない。

３　軽減対象者は，確認証の再交付を受けた後に，紛失した確認証を発見したときは，速やかに発見した確認証を市長に返還しなければならない。

（確認証の再交付）

第12条　市長は，前条第１項に規定する申請があったときは，確認証を作成し再交付するものとする。

（譲渡，担保，不正使用等の禁止）

第13条　この要綱による軽減制度を受ける権利を譲渡し，担保に供し，または不正に使用してはならない。

（不正利得の返還）

第14条　偽りその他不正の行為によってこの要綱に基づく利用者負担の軽減を受けた者があるときは，市長は，軽減法人と協議の上，軽減額の全部または一部について当該軽減を受けた者から軽減法人に返還するよう求めるものとする。

（軽減法人に対する助成）

第15条　市長は，軽減法人がこの要綱に基づき利用者負担の軽減を行った場合に，当該軽減法人に対し軽減に要した費用の一部を助成するものとする。

（助成金の額）

第16条　前条の軽減法人に対する助成金の額は，当該法人が利用者負担を軽減した総額のうち，当該法人の本来受領すべき利用者負担収入（軽減となる対象サービスの負担に関するものに限る。）の１％を超えた金額に対し，５０％の範囲内で市長が決定するものとする。

ただし，指定地域密着型介護老人福祉施設および指定介護老人福祉施設に係る利用者負担を軽減する軽減法人については，軽減総額のうち，当該施設の運営に関し，本来受領すべき利用者負担収入に対する

割合が１０％を超える部分について，全額助成するものとする。

なお，助成金の算定については，事業所（施設）を単位として行うものとする。

２　前項の助成金の額に千円未満の端数があるとき，またはその金額が千円未満であるときは，その端数または全額を切り捨てるものとする。

（助成金の交付申請）

第17条　助成金の交付を受けようとする軽減法人は，社会福祉法人等助成金交付申請書（別記第７号様式）に必要な書類を添えて，市長に申請しなければならない。

（助成金の交付決定）

第18条　市長は，前条に規定する申請書の提出を受けたときは，その内容を審査し，助成することが適当であると認めるときは，助成金の交付を決定し，社会福祉法人等助成金交付決定通知書（別記第８号様式）により申請者に通知するものとする。

（実績報告）

第19条　前条に規定する交付決定通知書を受けた軽減法人は，助成事業が完了したときは，社会福祉法人等助成金実績報告書（別記第９号様式）に必要な書類を添えて，速やかに市長に報告しなければならない。

（助成金の額の確定）

第20条　市長は，前条に規定する実績報告書の提出を受けた場合は，その内容を審査し，助成事業の成果が助成金の交付の決定の内容に適合すると認めたときは，交付すべき助成金の額を確定し，社会福祉法人等助成金額確定通知書（別記第１０号様式）によりその額を軽減法人に通知するものとする。

（助成金の返還）

第21条　市長は，助成金の交付を受けた軽減法人が，虚偽の申請その他不正な行為により助成金の交付を受けたときは，すでに交付した助成金の全部または一部の返還を命ずることができる。

（補則）

第22条　この要綱の実施に関し必要な事項は，市長が別に定める。

附　則

１　この要綱は，平成１２年９月１日から施行し，平成１２年４月１日から適用する。

２　平成２５年８月１日施行の生活扶助基準等の改正に伴い生活保護が廃止された者であって，廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費（滞在費）の利用者負担がなかった者のうち，引き続き第５条第１項に該当する者については，第４条第２項の規定にかかわらず，軽減の程度を居住費（滞在費）以外に係る利用者負担については４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）とし，居住費（滞在費）に係る利用者負担については全額とする。

３　平成２６年４月１日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって，廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費（滞在費）の利用者負担がなかった者のうち，引き続き第５条第１項に該当する者については，第４条第２項の規定にかかわらず，軽減の程度を居住費（滞在費）以外に係る利用者負担については４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）とし，居住費（滞在費）に係る利用者負担については全額とする。

４　第８条の規定にかかわらず，平成２６年７月１日から３１日までに申請があったものは，有効期限を翌年度の７月３１日までとする。

５　平成２７年４月１日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって，廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費（滞在費）の利用者負担がなかった者のうち，引き続き第５条第１項に該当する者については，第４条第２項の規定にかかわらず，軽減の程度を居住費（滞在費）以外に係る利用者負担については４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）とし，居住費（滞在費）に係る利用者負担については全額とする。

６　平成３０年１０月１日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が

廃止された者であって，廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費（滞在費）の利用者負担がなかった者のうち，引き続き第５条第１項に該当する者については，第４条第２項の規定にかかわらず，軽減の程度を居住費（滞在費）以外に係る利用者負担については４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）とし，居住費（滞在費）に係る利用者負担については全額とする。

７　令和元年１０月１日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって，廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費（滞在費）の利用者負担がなかった者のうち，引き続き第５条第１項に該当する者については，第４条第２項の規定にかかわらず，軽減の程度を居住費（滞在費）以外に係る利用者負担については４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）とし，居住費（滞在費）に係る利用者負担については全額とする。

８　令和２年１０月１日施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護が廃止された者であって，廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護（予防）サービス費の支給により居住費（滞在費）の利用者負担がなかった者のうち，引き続き第５条第１項に該当する者については，第４条第２項の規定にかかわらず，軽減の程度を居住費（滞在費）以外に係る利用者負担については４分の１（老齢福祉年金受給者は２分の１）とし，居住費（滞在費）に係る利用者負担については全額とする。

附　則

この要綱は，平成１４年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成１５年６月１日から施行し，平成１５年４月１日から適用する。

附　則

この要綱は，平成１７年１０月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成１８年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２０年７月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２１年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２３年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２４年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２５年８月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２６年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２６年７月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２７年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２７年８月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２８年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２９年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成３０年１０月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成３１年（２０１９年）１月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和元年５月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和元年１０月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和２年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和２年１０月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和４年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和６年２月９日から施行する。

附　則

この要綱は，令和７年１月６日から施行する。

附　則

この要綱は，令和７年８月１日から施行する。

別表（第４条関係）

<table>
<tr><th rowspan="2">対象サービス</th><th rowspan="2">軽減対象費用</th><th colspan="2">軽減の程度</th></tr>
<tr><th>生活保護
受給者</th><th>他低所得者</th></tr>
<tr><td>訪問介護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護※2
夜間対応型訪問介護
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</td><td>利用者負担額</td><td rowspan="6">０／１００</td><td rowspan="9">２５／１００

（老齢福祉年金受給者は５０／１００）</td></tr>
<tr><td>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
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</td><td>利用者負担額
食費</td></tr>
<tr><td rowspan="2">短期入所生活介護</td><td>利用者負担額</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護予防短期入所生活介護</td><td>滞在費</td><td>１００／１００
※1</td></tr>
<tr><td>食費</td><td rowspan="4">０／１００</td></tr>
<tr><td>小規模多機能型居宅介護※2</td><td>利用者負担額</td></tr>
<tr><td>介護予防小規模多機能型居宅介護※2
看護小規模多機能型居宅介護</td><td>宿泊費
食費</td></tr>
<tr><td>介護福祉施設サービス※2</td><td>利用者負担額</td></tr>
<tr><td>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護※2</td><td>居住費</td><td>１００／１００
※1</td></tr>
<tr><td></td><td>食費</td><td>０／１００</td></tr>
</table>

※1　個室利用の場合のみ軽減する。

※2　対象サービスを利用する方で，対象者の利用者負担段階が第２段階（高額介護サービス費の自己負担上限額が15,000円）の方は，利用者負担額の減額は適用外となります

別記第１号様式

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

区分	１社会福祉法人　　２民間企業　　３その他法人　　４市町村

年　　月　　日

（あて先）函館市長

所　在　地

事業者　名　　称

代表者氏名　　印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を次のとおり実施するので、申し出ます。

法人の主たる事務所	フリガナ 名　　称				
	主たる事務所の所在地				
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職・氏名	職　　名		フリガナ 氏　　名	
	担当者の職・氏名	職　　名		フリガナ 氏　　名	

	事業所の名称	実施事業の種類	事業所所在地等
軽減実施事業所			住所 TEL　　FAX
			住所 TEL　　FAX
			住所 TEL　　FAX
			住所 TEL　　FAX
			住所 TEL　　FAX

（軽減措置の概要：詳細は別添資料のとおり）

別記第２号様式

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

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	
住所		電話番号	
備考			

函館市長　様

前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申請します。

年　　月　　日

〒

住所

申請者　　電話番号

氏名

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	（生計中心者の所得状況等を把握）
適用年月日	
年　月　日 から	
有効期限	
年　月　日 まで	

別記第３号様式

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請用

収　入　等　申　告　書

年　　月　　日

（あて先）函館市長

〒
住所
申請者
氏名

私の世帯に係るすべての収入等について，下記のとおり申告いたします。
なお，この申告書および添付書類の記載内容は事実に相違ありません。
また，必要な税関係の調査に同意いたします。

<table>
<tr><td rowspan="4">収　　入</td><td>氏　　名</td><td colspan="2">年　間　収　入</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">預貯金等</td><td>預　貯　金　等
（現金含む）</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>有価証券または
債　券</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>資　　産</td><td colspan="2">日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>保険料の
滞　　納</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td>扶 養 の
有　無</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
</table>

※　真実と異なった申請をして不正に負担額の軽減を受けた場合は，軽減を取り消し，軽減を受けた額を返還していただくことになります。

別記第４号様式

第　　号
年　月　日

函館市長　印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

申請年月日に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	

決定年月日	

決定事項		
1 承認する	適用年月日	（承認内容）
	有効期限	
	確認番号	
2 承認しない		

（お問合せ先）
函館市介護保険課
住　　所
電話番号　　FAX番号
メール

別記様式第５号様式

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

交付年月日

確認番号		
受給者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
介護保険被保険者番号（被保険者のみ記載）		
適用年月日		から
有効期限		まで
減額割合		／１００
保険者番号及び保険者の名称並びに印		函館市保健福祉部介護保険課 郵便番号 住所 電話番号 函館市　印

０１２０２１

注意事項

一　次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。

二　対象となるサービスは、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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス、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及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに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及び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です。

三　この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。

四　前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、表面に記載されているそれぞれの減額割合により軽減されます。

五　介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

六　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

七　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

別記様式第５号様式の２

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

交付年月日

確認番号		
受給者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
介護保険被保険者番号（被保険者のみ記載）		
適用年月日		から
有効期限		まで
減額割合		／１００
保険者番号並びに保険者の名称及び印	０１２０２１ 函館市保健福祉部介護保険課 郵便番号 住所 電話番号	函館市　印

別記第６号様式

介護保険　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書

（あて先）函　館　市　長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　　月　　日
申請者氏名		被保険者との関係	
		電話番号	
申請者住所	〒		

※申請者が被保険者本人の場合，申請者住所欄は記載不要

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
被保険者氏名		電話番号	
被保険者住所	〒		

再交付の理由	１　破損・汚損　　２　紛失・焼失 ３　その他（　　）

別記第７号様式

社会福祉法人等助成金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）函館市長

〒

住　所

申請者

法人名および

代表者氏名

社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業に係る助成金の交付を受けたいので，社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱第１７条の規定により，下記のとおり申請します。

記

１　助成金交付申請額　　円

２　申請内訳　　別紙のとおり

別記第８号様式

函　福　介
年　　月　　日

様

函館市長

社会福祉法人等助成金交付決定通知書

年　　月　　日付で申請のありました社会福祉法人等助成金について，社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度事業実施要綱第１６条の規定に基づき審査した結果，次のとおり助成することと決定しましたので通知いたします。

記

助成金交付決定額	円

別記第９号様式

社会福祉法人等助成金実績報告書

年　　月　　日

（あて先）函館市長

〒

住　所

助成法人

法人名および

代表者氏名

　　年　　月　　日函　　をもって助成金の交付の決定を受けた社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業は，　　年　　月　　日完了したので，関係書類を添えて報告します。

記

１　助成金交付決定通知額　　円

２　助成金実績報告額　　円

３　助成金過不足額　　円

別記第１０号様式

函　福　介
年　　月　　日

様

函館市長

社会福祉法人等助成金額確定通知書

年　　月　　日付で実績報告のありました社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業については，助成金の交付の決定の内容およびこれに付した条件に適合すると認めましたので，社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度事業実施要綱第２０条の規定により，次のとおり助成金の額を確定しましたので通知いたします。

記

助成金の確定額	円