



別記第9号様式

社会福祉法人助成金実績報告書

令和 6年 3月31日

(あて先) 函館市長

〒950-3102

住 所 新潟県新潟市北区島見町4540番地

助成法人

法人名および 社会福祉法人 恵生福祉会

代表者氏名 理事長 半田 浩久

令和 6年 3月19日函福介をもって助成金の交付の決定を受けた社会福祉法人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、令和 6年 3月31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	103,000円
2 助成金実績報告額	103,000円
3 助成金過不足額	0円

社会福祉法人による利用者負担減免措置に係る助成金実績報告総括表

法人名：社会福祉法人 恵生福祉会

担当者名： 電話：025-255-3710

助成申請先市町村名： 函館市

実績報告内訳

(単位：円)

事業所名	実績報告額 A	交付済額 B	増減額 A - B	備考
特別養護老人ホーム なぎさの里	103,000	103,000	0	
合 計	103,000	103,000	0	

注1 A欄には総括表(別紙2)で算出した市町村別助成所要額(千円未満切捨て)を記入する。

注2 B欄は、すでに市町村から助成の交付を受けている場合にその金額を記入する。助成の交付を受けていない場合は「0」と記入する。

網掛けの部分は必ず記入してください。
※①表は地域密着型介護福祉施設利用者がある場合はその分も記入してください。
※②表は該当するサービス提供の部分を記入してください。

社会福祉法人による経費に係る公費助成額算定表(総括表) 【 令和5年4月～令和6年3月 】

市町名称: 函館市 法人名: 社会福祉法人 恵生福祉会

事業所名: 特別養護老人ホーム なぎさの里

電話番号: 025-255-5310 担当者名:

① 保険者別経費減額及び公費助成額算定表 (単位:円)

保険者名	経費減額	市町村別 公費助成所要額	採分割合	市町村別 公費助成所要額	備考
函館市	利用費負担額 3,073,652	3,073,652	0.072	103,171	
食費・居住費	3,073,652				
新島市	324,762		0.821	1,176,441	
西津町	132,020		0.033	47,286	
新栄田市	236,680		0.072	103,171	
合 計	3,953,025		0.998	1,432,937	

② 本来の利用者負担収入額表 (単位:円)

サービス提供(事業所区分)	本来の利用者負担収入額
介護福祉施設 サービス(特養)	利用費負担額(利用費負担額が5%以下の部分を除く) 食費・居住費 331,899,920 76,024,192 31,505,542 44,518,660 103,214,112
短期入所生活介護	利用費負担額 食費・滞在費 計
通所介護	利用費負担額 食費 計
認知症対応型 通所介護	利用費負担額 食費 計
訪問介護	利用費負担額 利用費負担額 計
夜間対応型訪問介護	利用費負担額 食費・宿泊費 計
小規模多機能型 居宅介護	利用費負担額 食費 計
看護小規模多機能型 居宅介護	利用費負担額 食費 計

② 本来の利用者負担収入額表 (単位:円)

サービス提供(事業所区分)	本来の利用者負担収入額
地域密着型 介護法人福祉施設 入所者生活介護	利用費負担額(利用費負担額が5%以下の部分を除く) 食費・居住費 計
介護予防 短期入所生活介護	利用費負担額 食費・滞在費 計
地域密着型通所介護	利用費負担額 食費 計
介護予防認知症 対応型通所介護	利用費負担額 食費 計
定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	利用費負担額 利用費負担額 計
介護予防 小規模多機能型 居宅介護	利用費負担額 食費・宿泊費 計
第一号訪問事業(国 基準訪問型)	利用費負担額 利用費負担額 計
第一号通所事業(国 基準通所型)	利用費負担額 食費 計

③ 公費助成所要額算定表(地域密着型介護福祉施設入所者生活介護および介護福祉施設サービス提供)

区分	本来の利用者負担収入額	軽減総額	A×1%	A×10%	1/2助成対象額 (B-C-E)	助成所要額 (F×1/2+E)	採分後助成所要額 (G×K)	助成額 (千円未満切り捨て)	助成額合計
介護福祉施設 もしくは地域密着型 介護老人福祉施設	利用費負担額 33,189,920	326,910	331,899	3,318,992		1,432,937	103,171	103,000	103,000
食費・居住費	76,024,192	3,626,115	760,241	7,602,419	2,865,874				
合 計									

④ 公費助成所要額算定表(地域密着型介護福祉施設入所者生活介護および介護福祉施設サービス提供以外のサービスの提供)

区分	本来の利用者負担収入額	軽減総額	A×1%	1/2助成対象額 (B-C)	助成所要額 (F×1/2)	採分後助成所要額 (G×K)	助成額 (千円未満切り捨て)	助成額合計
サービス提供	利用費負担額							
食費・居住費								

(注) 1 本表は、社会福祉法人による生活介護利用者に対する利用者負担軽減に係る経費について補助金を受けようとする場合に、介護保険事業所区分ごとに作成する。
2 表の注に、①表で社会福祉法人による生活介護利用者に対する利用者負担軽減に係る経費を算出する。
3 表の注に、②表で社会福祉法人による生活介護利用者に対する利用者負担軽減に係る経費を算出する。
4 表の注に、③表で社会福祉法人による生活介護利用者に対する利用者負担軽減に係る経費を算出する。
5 表の注に、④表で社会福祉法人による生活介護利用者に対する利用者負担軽減に係る経費を算出する。