



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

〒040-0072

住 所 函館市亀田町7番1号

助成法人

法人名および 社会福祉法人 函館鴻寿会

代表者氏名 理事長 上山 剛

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	54,000円 ✓
2	助成金実績報告額	53,000円 ✓
3	助成金過不足額	△1,000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 函館鴻寿会

担当者名： 電話： 0138-41-5100

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
地域密着型特別養護 老人ホームこうじゅ	53,000	54,000	△1,000	
合 計	53,000	54,000	△1,000	

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。

欄外に記入する場合は必ず記入してください。
※①は他保険者の負担軽減利用者がある場合はその分も入力してください。
※②は他保険者の負担軽減利用者がある場合はその分も入力してください。
※③は他保険者の負担軽減利用者がある場合はその分も入力してください。

市町村名: 函館市 法人名: 社会福祉法人 函館鴻寿会

① 保険者別軽減額及び公費助成額算定表 (単位:円)			
保険者名	軽減額	市町村別 公費助成所要額	備考
市町村	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
合 計	414,176	1,000	53,866

社会福祉法人による軽減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 】

事業所名: 地域密着型特別養護老人ホームこじゆ

② 本来の利用者負担収入額表 (単位:円)			
サービス種別(事業所区分)	利用者負担額 (利用者負担額が5%以下の方を除く)	食費・居住費計	合 計
介護福祉施設 サービス(特養)	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
短期入所生活介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
通所介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
認知症対応型 通所介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
訪問介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
夜間対応型訪問介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
看護小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
合 計	414,176	1,000	53,866

② 本来の利用者負担収入額表 (単位:円)			
サービス種別(事業所区分)	利用者負担額 (利用者負担額が5%以下の方を除く)	食費・居住費計	合 計
地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
介護予防 短期入所生活介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
地域密着型通所介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
介護予防認知症 対応型通所介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
介護予防 小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
第一号訪問事業(国 基準訪問型)	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
第一号通所事業(国 基準通所型)	利用者負担額 食費・居住費 316,009 316,009	53,866	
合 計	414,176	1,000	53,866

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以外のサービスの場合)

区分	本来の利用者負担収入額	軽減総額	A×1%	C	A×10%	D	1/2助成対象額 (B-C-E)	F	助成所要額 (F×1/2+E)	G	接分後助成所要額 (G×K)	H	助成額 (千円未満切り捨て)	I	助成額合計 J
介護福祉施設 もしくは地域密着型 介護老人福祉施設	利用者負担額 食費・居住費 11,383,565 20,843,538	98,009 316,167	113,835 208,435	113,835 208,435	1,138,356 2,084,353	1,138,356 2,084,353	107,732	107,732	53,866	53,866	53,866	53,000	53,000		53,000

(単位:円)

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以外のサービスの場合)

区分	本来の利用者負担収入額	軽減総額	A×1%	C	A×10%	D	1/2助成対象額 (B-C-E)	F	助成所要額 (F×1/2)	G	接分後助成所要額 (G×K)	H	助成額 (千円未満切り捨て)	I	助成額合計 J
介護福祉施設 もしくは地域密着型 介護老人福祉施設	利用者負担額 食費・居住費 11,383,565 20,843,538	98,009 316,167	113,835 208,435	113,835 208,435	1,138,356 2,084,353	1,138,356 2,084,353	107,732	107,732	53,866	53,866	53,866	53,000	53,000		53,000

(単位:円)

- (注) 1 本表は、社会福祉法人による生活介護事業に対する利用者負担軽減額に、介護福祉施設サービス以外のサービスに作成する。
2 表外に、①で社会福祉法人による生活介護事業に対する利用者負担軽減額を算出する。
3 ②は、社会福祉法人による生活介護事業に対する利用者負担軽減額を算出する。
4 ③は、社会福祉法人による生活介護事業に対する利用者負担軽減額を算出する。
5 ④は、社会福祉法人による生活介護事業に対する利用者負担軽減額を算出する。