



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

〒040-0046

住 所 函館市谷地頭町23番5号

助成法人

法人名および 社会福祉法人 純心福祉会

代表者氏名 理事長 福田 庄作

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	63,000円
2	助成金実績報告額	64,000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 純心福祉会

担当者名： XXXXXXXXXX 電話： 0138-26-7771

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 谷地頭緑蔭園	64,000	63,000	1,000	
合 計	64,000	63,000	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。

【令和5年4月～令和6年3月】

地域密着型特別養護老人ホーム 谷地頭緑蔭園

② 本来の利用者負担収入額表

② 本来の利用者負担収入額表					
サービス種別(事業区分)					
地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	利用者の負担額(円) 利用者負担割合は25%	食費・居住費計			
		合			
		食費・居住費(同居要する者の場合、同居要しない者の場合は、その差額を減算)			
		居住費(同居要する者の場合、同居要しない者の場合は、その差額を減算)			
		食費			
		滞在費			
		合			
介護予防 短期入所生活介護	利用者の負担額	食費・滞在費計			
		合			
		食費			
		滞在費			
		合			
		利用者の負担額			
		合			
介護予防認知症対応型通所介護	利用者の負担額	食費・滞在費計			
		合			
		食費			
		滞在費			
		合			
		利用者の負担額			
		合			
定額型回・通時対応型訪問介護看護	利用者の負担額	食費・宿泊費計			
		合			
		食費			
		宿泊費			
		合			
		利用者の負担額			
		合			
介護予防小規模多機能型居宅介護	利用者の負担額	食費・宿泊費計			
		合			
		食費			
		宿泊費			
		合			
		利用者の負担額			
		合			
第一号訪問事業(国基準訪問型)	利用者の負担額	食費・滞在費計			
		合			
		食費			
		滞在費			
		合			
		利用者の負担額			
		合			
第一号通所事業(国基準通所型)	利用者の負担額	食費・滞在費計			
		合			
		食費			
		滞在費			
		合			
		利用者の負担額			
		合			

100

助成所率額 (F×1/2+E) G	抜分後助成所率額 (G×K) H	助成額 (千円未満切り捨て) I	助成額合計 J
64,948	64,948	64,000	64,000

1000

[illegible]

本表は、社会福祉法人による生計困難者に対する利用者負担軽減に関する経費分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。

1 最優先的に①区で社会福祉法人に属する公費助成経費を算出する。

2 ②の次に③の区で社会福祉法人に属する利用者負担軽減額を記入し、③もしくは④のA欄に記入する。本来の利用者負担額は、経費対象者以外の利用者を含めた、全体の利用者負担額を記入する。

3 ③の次に④の区で、1年度及び公費助成経費を算出する。他市町村が介護保険サービスの場合は③を算用し、その他のサービスの場合は、④を算用して算定する。各欄、円未満は切り捨てる。

4 ③もしくは④の区で、1年度及び公費助成経費を算出する。他市町村が介護保険サービスの場合は③を算用し、その他のサービスの場合は、④を算用して算定する。各欄、円未満は切り捨てる。

5 ④で、Gの経費を算定することとなる。税分両欄は経費総額(小数点以下第3位まで)とし、円未満は切り捨てる。

他市町村から助成を受けられない場合であっても、他市町村分も算出する。