

社会福祉法人助成金実績報告書

令和 7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 7年 3月18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 7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 | 56,000円 |
| 2 | 助成金実績報告額   | 54,000円 |
| 3 | 助成金過不足額    | -2,000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 XXXXXXXXXX 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<br>A | 交付済額<br>B | 増減額<br>A－B | 備考 |
|------------------------|------------|-----------|------------|----|
| 短期入所生活介護事業<br>所こうじゅ    | 1,000      | 2,000     | -1,000     | /  |
| 地域密着型特別養護<br>老人ホームこうじゅ | 53,000     | 54,000    | -1,000     | /  |
|                        |            |           |            |    |
|                        |            |           |            |    |
|                        |            |           |            |    |
|                        |            |           |            |    |
|                        |            |           |            |    |
|                        |            |           |            |    |
| 合 計                    | 54,000     | 56,000    | -2,000     | /  |

- 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。

網掛けの部分は必ず入力してください。

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6年4月～令和7年3月】

【令和6年4月～令和7年3月】

市町村名: 函館市

法人名： 社会福祉法人 函館鴻寿会

短期入所生活介護事業所こつゆ

電話番號: 0138-41-5100 拍賣人名

① 保険者別軽減額及び公費助成額算定表  
(単位:円)

| 供談者名 | 経費額        | B     | 按分割合  | 市町村別<br>公共施設所費額 |       | 備考 |
|------|------------|-------|-------|-----------------|-------|----|
|      |            |       |       | H=G×K           | H=G×K |    |
| 西館市  | 利用者<br>費組別 |       | 1,000 |                 |       |    |
|      | 本費、居住費     | 4,940 |       |                 | 1,861 |    |
|      |            |       |       |                 |       |    |
|      |            |       |       |                 |       |    |
|      |            |       |       |                 |       |    |
|      |            |       |       |                 |       |    |
| 合 計  |            | 4,940 | 1,000 |                 | 1,861 |    |

## ② 本来の利用者負担収入額表 (単位: 円)

| サービスマネジメント(事業区分)   |                 | 本来の利用者負担収入額                                      |
|--------------------|-----------------|--------------------------------------------------|
| 介護福祉施設<br>サービス(特養) | 短期入所生活介護        | 利用者負担額(当該施設入所者で利用負担額が5%以下の方を除く)                  |
|                    |                 | 食費・居住費計                                          |
|                    |                 | 食費(当該施設入所者で利用負担額が5%以下の方を除く)                      |
|                    |                 | 居住費(当該施設入所者で利用負担額が5%以下の方を除く)(ただし、上記2ヶ月前までの場合は含む) |
|                    |                 | 合計                                               |
|                    | 通所介護            | 利用者負担額                                           |
|                    |                 | 食費・滞在費計                                          |
|                    |                 | 食費                                               |
|                    |                 | 滞在費                                              |
|                    |                 | 合計                                               |
| 小規模多機能型<br>居宅介護    | 認知症対応型<br>通所介護  | 利用者負担額                                           |
|                    |                 | 食費                                               |
|                    |                 | 合計                                               |
|                    | 訪問介護            | 利用者負担額                                           |
|                    |                 | 食費                                               |
|                    |                 | 合計                                               |
| 介護小規模多機能型<br>居宅介護  | 夜間対応型訪問介護       | 利用者負担額                                           |
|                    |                 | 食費・宿泊費計                                          |
|                    |                 | 食費                                               |
|                    |                 | 宿泊費                                              |
|                    |                 | 合計                                               |
|                    | 小規模多機能型<br>居宅介護 | 利用者負担額                                           |
|                    |                 | 食費・宿泊費計                                          |
|                    |                 | 食費                                               |
|                    |                 | 宿泊費                                              |
|                    |                 | 合計                                               |

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ピアスの場合)

[illegible]

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)

[illegible]

(注) 1 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策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。

2 ①歳では社会福祉法人本部に係る経費を算出する。

3 ②表の該当する区分の欄に本表の利用者負担記入欄を記入し、③または④歳のA欄に②に記する。本来の利用者負担記入欄を記入する。

4 ⑤表もしくは⑥表、1世帯型及び公費助成所費額(G)を算出する。地域型型区分老人福祉施設・介護福祉施設サービスの場合は③歳を2歳とし、円未満は切り捨てる。

5 ①歳で、Gの総額が0円以下となる。区分別区分は経費別/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。

他市町村町村に助成を受けられない場合でも、他市町村から算出する。