

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

〒063-0059

住 所 札幌市西区宮の沢490番地

助成法人

法人名および 社会福祉法人宏友会

代表者氏名 理事長 小林 昭雄

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	6,000円
2	助成金実績報告額	6,000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：社会福祉法人宏友会

担当者名： 電話：011-663-2931

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 西野ケアセンター	6,000	6,000	0	
合 計	6,000	6,000	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。

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6年4月～令和7年3月 】

欄外に必ず入力してください。
※①は施設者の負担軽減利用者がいる場合はその分も入力してください。
※②は該当するサービス提供額の欄のみ入力してください。

市町村名: 札幌市

法人名: 社会福祉法人 宏友会

事業所名: 特別養護老人ホーム西野ケアセンター

電話番号: 011-863-2931

担当者名:

施設者名	① 経費削減額及び公費助成額算定表 (単位:円)			
	経費削減額	採分割合	市町村所 公費助成所要額	備考
函館市	利用者負担額	B	K	H=G×K
	食費・居住費	68,429	0.085	6,836
札幌市	794,398	0.914		73,513
合 計	802,827	0.999		80,431

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)		本来の利用者負担収入額	A
介護福祉施設 サービス(特養)	利用者負担額(旧措置入所者で 利用負担割合が5%以下の分を除く)		29,072,533
	食費・居住費計		48,349,753
	食費(旧措置入所者で利用負担 割合が5%以下の分を除く)		31,125,360
	居住費(旧措置入所者で利用負担 割合が5%以下の分を除く)(ただし、 ユニット型個室の場合は含む)		17,224,393
	合 計		77,422,286
短期入所生活介護	利用者負担額		
	食費・滞在費計		
	食費		
	滞在費		
通所介護	利用者負担額		
	食費		
	合 計		
認知症対応型 通所介護	利用者負担額		
	食費		
	合 計		
訪問介護	利用者負担額		
	利用者負担額		
	合 計		
夜間対応型訪問介護	利用者負担額		
	利用者負担額		
	合 計		
小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額		
	食費・宿泊費計		
	食費		
	宿泊費		
看護小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額		
	食費・宿泊費計		
	食費		
	宿泊費		

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)		本来の利用者負担収入額	A
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(旧措置入所者で 利用負担割合が5%以下の分を除く)		
	食費・居住費計		
	食費(旧措置入所者で利用負担 割合が5%以下の分を除く)		
	居住費(旧措置入所者で利用負担 割合が5%以下の分を除く)(ただし、 ユニット型個室の場合は含む)		
	合 計		
介護予防 短期入所生活介護	利用者負担額		
	食費・滞在費計		
	食費		
	滞在費		
地域密着型通所介護	利用者負担額		
	食費		
	合 計		
介護予防認知症 対応型通所介護	利用者負担額		
	食費		
	合 計		
定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	利用者負担額		
	利用者負担額		
	合 計		
介護予防 小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額		
	食費・宿泊費計		
	食費		
	宿泊費		
第一号訪問事業(四 基型訪問型)	利用者負担額		
	利用者負担額		
	合 計		
第一号通所事業(四 基型通所型)	利用者負担額		
	利用者負担額		
	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の場合)

区分	本来の利用者負担収入額				1/2助成対象額				助成所要額		採分後助成所要額		助成額		助成額合計	
	利用者負担額	食費・居住費	A	B	A×1%	C	A×10%	D	特養10%超分 全額助成(B-D)	E	(F×1/2+E)	G	(F×1/2)	H	I	J
介護福祉施設 もしくは地域密着型 介護老人福祉施設	29,072,533	48,349,753	29,072,533	158,488	290,725	2,907,253	2,907,253	2,907,253								
			48,349,753	644,359	483,497	4,834,975	4,834,975	4,834,975			160,862	80,431	6,836	6,000		6,000
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以外のサービスの場合)

区分	本来の利用者負担収入額				1/2助成対象額				助成所要額		採分後助成所要額		助成額		助成額合計	
	利用者負担額	食費・居住費	A	B	A×1%	C	A×10%	D	(B-C)	F	(F×1/2)	G	(F×1/2)	H	I	J
サービス種別																

(注) 1 本表は、社会福祉法人による生活計画に基づき、利用者負担軽減に際しては、利用者負担収入額を算出する。
2 最終的に、①で算出された利用者負担収入額に、公費助成所要額を加算し、公費助成所要額を算出する。
3 ②の区分は、①の区分に、公費助成所要額を加算し、公費助成所要額を算出する。
4 ③は、②の区分に、公費助成所要額を加算し、公費助成所要額を算出する。
5 ④は、③の区分に、公費助成所要額を加算し、公費助成所要額を算出する。
6 他市町村から助成を受けた場合であっても、他市町村からも算出する。