

松江市告示第 428 号

松江市社会福祉法人等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における助成措置実施要綱（平成 17 年松江市告示第 75 号）の一部を次のように改正する。

令和 7 年 12 月 25 日

松江市長 上 定 昭 仁



次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

| 改正後                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 改正前                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第 1 条～6 条 略<br>(利用者の申請等)<br>第 7 条 社会福祉法人等から対象サービスの提供を受け、利用者負担軽減制度の適用を受けようとする利用者は、市長に対し、社会福祉法人等利用者負担軽減 <u>対象</u> 確認申請書（様式第 2 号。以下「申請書」という。）に、当該利用者の属する世帯全員について各々の収入申告書（様式第 3 号）を添えて提出しなければならない。<br>2 略<br>3 略<br>第 8 条～第 23 条 略<br><br>様式第 1 号 略<br><br>様式第 2 号 <u>別紙のとおり</u><br><br>様式第 3 号 略 | 第 1 条～6 条 略<br>(利用者の申請等)<br>第 7 条 社会福祉法人等から対象サービスの提供を受け、利用者負担軽減制度の適用を受けようとする利用者は、市長に対し、社会福祉法人等利用者負担軽減____確認申請書（様式第 2 号。以下「申請書」という。）に、当該利用者の属する世帯全員について各々の収入申告書（様式第 3 号）を添えて提出しなければならない。<br>2 略<br>3 略<br>第 8 条～第 23 条 略<br><br>様式第 1 号 略<br><br>様式第 2 号 <u>別紙のとおり</u><br><br>様式第 3 号 略 |

様式第 4 号 別紙のとおり

様式第 5 号 別紙のとおり

様式第 6 号 別紙のとおり

様式第 7 号～様式第 16 号 略

様式第 4 号 別紙のとおり

様式第 5 号 別紙のとおり

様式第 6 号 別紙のとおり

様式第 7 号～様式第 16 号 略

<改正後>

様式第2号（第7条関係）

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

|                                                                                                                                                                              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                                                                                                                                                               | 被 保 険 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                              | 生 年 月 日     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                                          | 〒           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                              | 電話番号        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備 考                                                                                                                                                                          |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>(あて先)松江市長<br/>前のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減を申請するとともに、私、世帯員及び扶養者の住民税課税状況、収入額、資産(預貯金、不動産等)及び扶養の有無について調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |     | 氏名 | 生年月日  | 受給者との関係 | 生計中心者に○をつけてください。 |
|------|-----|----|-------|---------|------------------|
| 世帯構成 | 世帯主 |    | 年 月 日 |         |                  |
|      |     |    | 年 月 日 |         |                  |
|      | 世帯員 |    | 年 月 日 |         |                  |
|      |     |    | 年 月 日 |         |                  |

### 市町村記入欄

|             |                  |
|-------------|------------------|
| 交 付 年 月 日   | 備 考              |
| 年 月 日       | (生計中心者の所得状況等を把握) |
| 適 用 年 月 日   |                  |
| 年 月 日<br>から |                  |
| 有 効 期 限     |                  |
| 年 月 日<br>まで |                  |

<改正前>

様式第2号（第7条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担軽減制度）

（あて先）松江市長

下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減を申請するとともに、私、世帯員及び扶養者の住民税課税状況、収入額、資産（預貯金、不動産等）及び扶養の有無について調査されることに同意します。

年 月 日

|             |        |           |                    |
|-------------|--------|-----------|--------------------|
| フリガナ        |        | 保 険 者 番 号 | 322016             |
| 被保険者氏名      |        | 被保険者番号    |                    |
|             |        | 個 人 番 号   |                    |
| 生 年 月 日     | 年 月 日  |           |                    |
| 住 所         | 〒 電話番号 |           |                    |
| 利用者負担軽減申請理由 |        |           |                    |
|             | 氏 名    | 生年月日      | 生計中心者に<br>○を付けて下さい |
| 世帯構成        | 世帯主    | 年 月 日     |                    |
|             | 世帯員    | 年 月 日     |                    |
|             |        | 年 月 日     |                    |
|             |        | 年 月 日     |                    |

市確認欄

|             |               |
|-------------|---------------|
| 交 付 年 月 日   | 備 考           |
| 年 月 日       | (所得分布の状況等を記入) |
| 適 用 年 月 日   |               |
| 年 月 日<br>から |               |
| 有 効 期 限     |               |
| 年 月 日<br>まで |               |

<改正後>

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

様

松江市長 氏名

印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

年 月 日に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
|--------|--|--------|--|

|       |       |
|-------|-------|
| 決定年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

決定事項

|                |       |   |   |   |        |
|----------------|-------|---|---|---|--------|
| 1<br>承認<br>する  | 適用年月日 | 年 | 月 | 日 | (承認内容) |
|                | 有効期限  | 年 | 月 | 日 |        |
|                | 確認番号  |   |   |   |        |
| 2<br>承認<br>しない | 理 由   |   |   |   |        |

(お問合せ先)

審査請求及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話0852 - 22 - 5256）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

<改正前>

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

様

松江市長 氏名

印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書  
(社会福祉法人等による利用者負担軽減制度)

先に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請については、  
下記のとおり決定しましたので通知します。

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |

|                                |                                          |
|--------------------------------|------------------------------------------|
| 決定年月日                          | 年 月 日                                    |
| 決 定 事 項                        |                                          |
| <input type="checkbox"/> 承認する  | 適用年月日 年 月 日 (承認内容)<br>有効期限 年 月 日<br>確認番号 |
| <input type="checkbox"/> 承認しない | 理 由                                      |

問い合わせ先

不服の申立

1 この通知書に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、島根県介護保険審査会（県高齢者福祉課内 電話22-5256）に審査請求することができます。（なお、通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。）  
2 この処分の取消しを求める訴えをする場合には、前記1の審査請求に対する採決を経た後に、当該裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、松江市を被告として、提起することができます。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消の訴えを提起することができます。

- （1）審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- （2）処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため、緊急の必要があるとき。
- （3）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

<改正後>

様式第 5 号 (第 7 条関係)

|                                             |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証<br>(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度) |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 交付年月日                                       |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 確 認 番 号                                     |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 受給者                                         | 住 所                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
|                                             | フリガナ                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
|                                             | 氏 名                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
|                                             | 生 年 月 日                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号                                  |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 適 用 年 月 日                                   | から                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 有 効 期 限                                     | まで                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 減 額 割 合                                     |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 保 険 者 番 号<br>並 び に 保 険<br>者 の 名 称 及<br>び 印  | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>松江市介護保険課<br>690-8540<br>松江市末次町 86 番地 松江市 印<br>電話( ) - |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |

### 注 意 事 項

- 一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。
- 二 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費(滞在費)及び宿泊費が、表面に記載されているそれぞれの減額割合により減額されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を松江市に返して下さい。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、松江市にその旨を届け出てください。
- 七 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

<改正前>

様式第 5 号 (第 7 条関係)

|                                             |                   |
|---------------------------------------------|-------------------|
| 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証<br>(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度) |                   |
| 交付年月日                                       |                   |
| 確 認 番 号                                     |                   |
| 受 給 者                                       | 住 所               |
|                                             | 氏 名               |
|                                             | 生 年 月 日           |
| 介護保険被保険者番号                                  |                   |
| 適 用 年 月 日                                   |                   |
| 有 効 期 限                                     |                   |
| 減 額 割 合                                     |                   |
| 発 行 機 関 名<br>及 び 印                          | 松江市<br>電話(      ) |

注 意 事 項

一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。

二 対象となるサービスは、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限り。）です。

三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。

四 前記のサービスを利用した場合、利用者負担額（日常生活に要する費用については食費及び居住費に限る）が、前面に記載されている減額割合により減額されます。

五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなつたとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を松江市に返して下さい。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、松江市にその旨を届け出てください。

七 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

○証の大きさ 縦 128mm 横 91mm

<改正後>

様式第 6 号 (第 7 条関係)

|                                                    |                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| <b>社会福祉法人等利用者負担軽減確認証</b><br>(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度) |                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 交付年月日                                              |                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 確 認 番 号                                            |                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 受 給 者                                              | 住 所                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
|                                                    | フリガナ                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
|                                                    | 氏 名                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
|                                                    | 生 年 月 日                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号                                         |                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 適 用 年 月 日                                          | から                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 有 効 期 限                                            | まで                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 減 額 割 合                                            |                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 保 険 者 番 号<br>並 び に 保 険<br>者 の 名 称 及<br>び 印         | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>松江市介護保険課<br>690-8540<br>松江市末次町 86 番地 松江市 印<br>電話(      ) - |  |  |  |  |  |  |
|                                                    |                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |

注 意 事 項

- 一 一次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者  
に提出してください。
- 二 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、短期入所生活介護、  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防短期入所生活介  
護です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前記のサービスの居住費（滞在費）が、表面に記載されている減額割  
合により減額されます。
- 五 生活保護受給者・支援給付受給者でなくなったとき又は今後、前記の  
サービスを利用する見込みがないときは、遅延なく、この証を松江市に  
返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてくだ  
さい。
- 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この  
証を添えて、松江市にその旨を届け出てください。
- 七 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分  
を受けます。

○証の大きさ 縦 128mm 横 91mm

<改正前>

様式第 6 号 (第 7 条関係)

|                                                                                                                                    |         |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;">社会福祉法人等利用者負担軽減確認証<br/>(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)</div> |         |                     |
| 交付年月日                                                                                                                              |         |                     |
| 確 認 番 号                                                                                                                            |         |                     |
| 受<br>給<br>者                                                                                                                        | 住 所     |                     |
|                                                                                                                                    | 氏 名     |                     |
|                                                                                                                                    | 生 年 月 日 |                     |
| 介護保険被保険者番号                                                                                                                         |         |                     |
| 適 用 年 月 日                                                                                                                          |         |                     |
| 有 効 期 限                                                                                                                            |         |                     |
| 減 額 割 合                                                                                                                            |         |                     |
| 発 行 機 関 名<br>及 び 印                                                                                                                 |         | 松江市<br>電話(      ) - |

注 意 事 項

- 一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者  
に提出してください。
- 二 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、短期入所生活介護、  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防短期入所生活介  
護です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前記のサービスの居住費（滞在費）が、表面に記載されている減額割  
合により減額されます。
- 五 生活保護受給者・支援給付受給者でなくなったとき又は今後、前記の  
サービスを利用する見込みがないときは、遅延なく、この証を松江市に  
返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてくだ  
さい。
- 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この  
証を添えて、松江市にその旨を届け出てください。
- 七 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分  
を受けます。

○証の大きさ 縦 128mm 横 91mm

附 則

この告示は、令和8年1月5日から施行する。

