

松江市告示第 309 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 6 月 9 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～23 条 略	第 1 条～23 条 略
様式第 1 号～様式第 4 号 略	様式第 1 号～様式第 4 号 略
様式第 5 号 <u>別紙のとおり</u>	様式第 5 号 <u>別紙のとおり</u>
様式第 6 号 <u>別紙のとおり</u>	様式第 6 号 <u>別紙のとおり</u>
様式第 7 号～様式第 16 号 略	様式第 7 号～様式第 16 号 略

<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 (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 住 所	
給 氏 名	
者 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 及 び 印	松江市 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。

○証の大きさ 縦 128mm 横 91mm

<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 (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 及 び 印	松江市 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懲役の処分を受けます。

○証の大きさ 縦 128mm 横 91mm

<改正後>

様式第 6 号 (第 7 条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (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 及 び 印	
松江市 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

<改正前>

様式第 6 号 (第 7 条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (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 及 び 印	
松江市 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懲役の処分を
受けます。

○証の大きさ 縦 128mm 横 91mm

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和7年6月9日から施行し、令和7年6月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際現にあるこの告示による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この告示の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。