

訪問介護サービスにかかる利用者負担軽減措置事業実施要綱

（目的）

第1条 この事業は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に規定する訪問介護の利用に当たり、障害者施策によりホームヘルプサービスを利用していた低所得の障害者等の利用者負担について軽減措置を講じることにより、訪問介護、介護予防訪問介護若しくは夜間対応型訪問介護又は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（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）（以下、「訪問介護等」という。）のサービスの継続的な利用の促進を図ることを目的とする。

（対象者）

第2条 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律によるホームヘルプサービスの利用において境界層該当として定率負担額が0円となっている者であって、平成18年4月1日以降に次のいずれかに該当することとなった者とする。

（ア）65歳到達以前のおおむね1年間に障害者施策によるホームヘルプサービス（居宅介護のうち身体介護及び家事援助をいう。）を利用していた者であって、65歳に到達したことで介護保険の対象者となった者。

（イ）特定疾病によって生じた身体上又は精神上的の障害が原因で要介護又は要支援の状態となった40歳から64歳までの者。

（対象サービス）

第3条 利用者負担軽減の対象サービスは、介護保険の保険給付の対象となる訪問介護等のサービスとする。

（利用者負担割合の軽減）

第4条 対象者が前条のサービスを利用した場合における利用者負担割合は、0パーセントとする。

（軽減申請）

第5条 負担軽減の適用を受けようとする者は、その適用を受けようとする理由を証する書類を添えて、訪問介護等利用者負担額減額申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 第9条に規定する認定証の有効期限後も引き続いて軽減を受けようとする者は、年ごとに7月31日までに申請書を市長に提出するものとする。

3 いったん本軽減措置事業の対象外となった者については、翌年度以降も本事業の対象とはしないものとする。

(承認)

第6条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、速やかにこれを審査の上、その可否を決定し、介護保険訪問介護等利用者負担額減額決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するとともに、その申請を承認した場合は、介護保険訪問介護等利用者負担額減額認定証（以下、「認定証」という。（様式第3号））を申請者に交付するものとする。

(認定証の提示)

第7条 認定証を受けた者は、訪問介護サービスを利用する際には、事前に認定証をサービス提供事業者に提示するものとする。

(軽減の適用日)

第8条 利用者負担の軽減は、申請日の属する月の初日から適用するものとする。

(認定証の有効期限)

第9条 認定証の有効期限は、申請のあった日の属する年度の翌年度（申請があった日が4月から6月までは、申請のあった日の属する年度）の7月31日までとする。

(不当利得に返還)

第10条 偽りその他不正な行為によりこの要綱による利用者負担の軽減を受けた者は、軽減額の全部又は一部を返還しなければならない。

付則

- 1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。
- 2 平成12年4月1日から平成13年3月31日までの間に交付する認定証の有効期限は、第9条の規定にかかわらず市長が別に定めるものとする。

付則

- 1 この要綱は、平成15年7月1日から施行する。
- 2 この要綱による改正後の訪問介護サービスにかかる利用者負担軽減措置事業実施要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に行われた訪問介護サービスについて適用し、同日前に行われた訪問介護サービスについては、なお従前の例による。

付則

- 1 この要綱は、平成17年4月1日から施行する。
- 2 この要綱による改正後の訪問介護サービスにかかる利用者負担軽減措置事業実施要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に行われた訪問介護サービスについて適用し、同

日前に行われた訪問介護サービスについては、なお従前の例による。

付則

- 1 この要綱は、平成 1 8 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱による改正後の訪問介護サービスにかかる利用者負担軽減措置事業実施要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に行われた訪問介護サービスについて適用し、同日前に行われた訪問介護サービスについては、なお従前の例による。

付則

- この要綱は、平成 2 7 年 4 月 1 日から施行する。
- この要綱は、平成 3 1 年 4 月 1 日から施行する。
- この要綱は、令和 4 年 7 月 2 0 日から施行する。

(様式第 1 号)

訪問介護利用者負担額減額申請書
(障害者ホームヘルプサービスの利用者負担減額措置)

年度

要 介 護 者 等	被保険者氏名			保険者番号														
	生年月日			被保険者番号														
	住所			電話番号														
	認定有効期間			要介護状態														
	申請理由	身体障害者手帳 有 (級 NO) ・ 無																
			氏名	生年月日		生計中心者に○												
	世帯構成	世帯主																
世帯員																		

豊中市長あて

上記のとおり訪問介護利用者負担額に係る減額申請をします。

なお当該利用者負担額の減額認定にあたり、保険者が私の所得状況及び障害者施策におけるホームヘルプサービスの利用実績状況について調査することに同意します。

年 月 日

申請者 住 所 _____

(被保険者) 氏 名 _____ 電話番号 _____

ここから下は記入しないでください

市 記 入 欄	公布日	有 効 期 間		本件に関して承認してほしいか			
		(自) 年 月 日		係	係長	課長補佐	課長
		(至) 年 月 日					
	(適用要件)			確認者		受付印	
	□65 歳（特定疾病による介護認定の場合の 40 歳から 64 歳を含む）到達前の、1 年間の障害者 施策によるホームヘルプサービス（居宅介護のうち身体介護及び家事援助）の利用実績						
有 ・ 無			受付者				
□境界層該当者で定率負担額が 0 円							
□所得状況の確認 境界層該当			有 ・ 無				
□前年度の当該減額証の交付実績			有 ・ 無				

(様式第 2 号)

年 月 日

様

豊中市長

介護保険訪問介護利用者負担額減額決定通知書

先に申請のありました、訪問介護利用者負担額減額認定については、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																													
1 承 認 す る	<table><tr><td>適用年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>有効期限</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>公費負担者番号</td><td><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr><tr><td>公費受給者番号</td><td><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr></table>	適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	公費負担者番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											公費受給者番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
適用年月日	年 月 日																												
有効期限	年 月 日																												
公費負担者番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
公費受給者番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
2 承 認 し な い	理由																												

(教示)

- この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、豊中市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して 1 年を超えると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して、6 か月以内に豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、決定の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して 1 年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記 1 の審査請求をした場合には、審査請求に対する決定があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に、決定の取消しの訴えを提起することができます（なお、審査請求に対する決定があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して 1 年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

問い合わせ先 豊中市役所
部 課
豊中市中桜塚 3 丁目 1 番 1 号
電話

(様式第 3 号)

(表面)

介護保険訪問介護利用者負担額減額認定証									
交付年月日									
負担者番号									
受給者番号									
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							
減額内容 (給付率)		/ 100							
発行機関名 及び印		豊中市							

(裏面)

注 意 事 項
一 訪問介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者に出してください。
二 訪問介護のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。
三 被保険者の資格がなくなったとき、減額の認定の要件に該当しなくなったとき、減額の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を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。
四 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、市にその旨を届け出てください。
五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪としての懲役の処分を受けます。