

## 豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、低所得者で特に生計が困難と認められる者（以下「生計困難者」という。）が介護老人福祉施設を除く民間の事業所が提供する介護保険サービスを利用した場合、その利用者負担の一部を軽減し、もって生計困難者の生活の安定と介護保険制度の円滑な実施に資することを目的とする。

### (軽減の対象者)

第2条 前条に規定する利用者負担の一部軽減の対象となる者（以下「軽減対象者」という。）は、市内に居住し、豊中市が実施する介護保険の要介護認定者等であって、生活保護受給者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援受給者を除く次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、介護保険法（平成9年法律第123号）第50条及び第60条に定める居宅介護・居宅介護支援サービス費等の額の特例の適用を受けている者は除く。

市民税非課税世帯に属し、次の要件の全てを満たす者

- ① 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- ② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ③ 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に活用できる資産を所有していないこと。
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

2 前項の市民税非課税世帯とは、同一の住居に居住し生計を一にしている者全てが市民税非課税である世帯とする。

### (対象サービス及び軽減内容)

第3条 軽減対象者が利用者負担の軽減を受けることができる介護保険サービスは、民間事業所が実施する次のサービスとする。

- (1) 訪問介護、夜間対応型訪問介護
  - (2) 通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護
  - (3) 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護（介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。）
  - (4) 小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
  - (5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
  - (6) 看護小規模多機能型居宅介護
  - (7) 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。）
  - (8) 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る。）
- 2 軽減対象とする費用及び軽減割合は、前項に掲げるサービスにつき、それぞれ別表に掲げるとおりとする。ただし、訪問介護・介護予防訪問介護・夜間対応型訪問介護サービスについては、利用者負担につき「訪問介護サービスにかかる利用者負担軽減措置事業」を利用する者は除く。なお、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第2段階の者については、10%の利用者負担額を軽減の対象としない。

（軽減確認申込み）

第4条 軽減の認定を受けようとする者は、「豊中市民間事業所利用者負担軽減確認申込書」（様式第1号）に必要な事項を記載し、前年分市民税非課税証明（1月初日から7月末日までの間は前々年分市民税非課税証明）その他市長が必要と認める書類を添えて市長に申し込むものとする。

2 申込者は、原則としてサービス利用者又はその世帯員とする。

（軽減対象者の決定）

第5条 市長は、前条の申込書を受理したときは、申込者が第2条に定める軽減対象者に該当するか否かを審査し、軽減の可否を決定する。

2 市長は、軽減を決定したときは、「豊中市民間事業所利用者負担軽減決定

通知書」(様式第2号)を、非該当と決定したときは、「豊中市民間事業所利用者負担軽減非該当通知書」(様式第3号)をそれぞれ申込者に通知する。

(決定通知書等の期限)

第6条 前条第2項に規定する決定通知書の有効期限は、申込みのあった日の属する年度から翌年度の7月31日までとする。ただし、申込みのあった日が4月1日から7月31日までのときは、当該年度の7月31日までとする。

(決定通知書の返還)

第7条 第5条第2項に規定する決定通知書の交付を受けた者が被保険者資格を喪失した場合は、当該決定通知書を市長に返還するものとする。

(軽減の申込み)

第8条 軽減の決定を受けた者(以下「軽減決定者」という。)は、「豊中市民間事業所利用者負担軽減申込書」(様式第4号)に支払った利用者負担額の領収書を添えて市長に申し込むものとする。

2 軽減決定者は、市と契約している民間事業所に受領委任払いを希望する場合は「豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減額受領委任払承認申込書」(様式第6号)により市長に申し込むものとする。

(軽減額の決定)

第9条 市長は前条第1項に規定する申込書を受理したときは、第3条第2項に定める軽減対象とする費用及び軽減割合に基づき軽減額を決定し、「豊中市民間事業所利用者負担軽減額決定通知書」(様式第5号)により申込者に通知する。

2 前条第2項による申込みを行った場合は、軽減対象者にあつては「豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減額受領委任払承認通知書」(様式第7-①号)を、第3条第1項に規定するサービスを提供した民間事業所にあつては「豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減額受領委任払承認通知書」(様式第7-②号)をそれぞれ通知する。

(代理受領委任払)

第10条 市は、この要綱による利用者負担額の助成に関し、当該軽減額を当該決定者に代わり、市と契約を締結した民間事業所に支払うことができる。

2 前項の規定により市が契約民間事業所に軽減額を支払ったときは、軽減決定者に対し、軽減額を支給したものとみなす。

(軽減額の支払い)

第11条 市長は、第9条第1項に規定する軽減額決定書により決定した軽減額を軽減決定者の指定する口座に振り込むことにより支払うものとする。

2 市長は、前条第1項により軽減額を軽減決定者に代わり、契約している民間事業所の指定する口座に振込むものとする。

(不正利得の返還)

第12条 偽りその他不正の行為によってこの要綱による利用者負担の一部軽減を受けた者がいるときは、市長は、軽減額の全部又は一部を軽減を受けた者又は民間事業所から返還するよう求めるものとする。

(その他)

第13条 この要綱の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

(税制改正に伴う特例措置)

第14条 平成17年度税制改正の影響により利用者負担段階が1段階上昇する者(利用者負担段階が第3段階から第4段階に上昇する者)について、利用者負担の急激な増加を抑えるため、平成18年7月1日から平成20年6月30日まで特例措置を行う。

2 本特例措置による軽減の実施については、第2条第1号中「市民税非課税世帯に属する」とあるのは、「介護保険法施行令等の一部を改正する政令(平成18年政令第154号)附則第23条第3項に規定する特定被保険者(同条第1項及び第2項に該当する者を除く。)」で」と、第2条第1号①中「150万円」とあるのは、「190万円」と読み替え、第2条第2号は削除し、また、別表中の「1/4」とあるのは、「1/8」と読み替え、附則6中「ただし、第2条第1号に該当する者のうち、高齢福祉年金受給者については、別表中の軽減割合を2/5とし、第2条第2号に該当する者は、別表中の軽

減割合を1/5とする。」を削除し、「ただし、別表中の軽減対象費用の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費について、当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額とする。」を追加して行うものとする。

（平成21年4月の介護報酬改定に伴う特例措置）

第15条 平成21年4月の介護報酬改定に伴う利用料上昇に対する経過措置として、平成21年4月1日から平成23年3月31日まで特例措置を行う。

2 本特例措置の実施により、別表中軽減対象費用の10%の利用者負担額のみ、軽減割合の「1/4」を「28%」と読み替えることとする。また、附則6中「2/5」を10%の利用者負担額のみ、「43%」と読み替えることとする。

#### 附 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

この要綱は、平成13年7月1日から施行する。

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。ただし、平成15年7月1日からは別表中の軽減割合を1/2から2/5に変更する。

#### 附 則

1 この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

2 この要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に行われたサービスについて適用し、同日前に行われたサービスについては、なお従前の例による。

3 この要綱は、平成17年7月1日から施行する。ただし、第2条第2号に該当する者は別表中の軽減割合を3/10とする。

4 この要綱は、平成17年10月1日から施行する。

5 この要綱は、平成18年5月1日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

6 この要綱は、平成18年7月1日から施行する。ただし、第2条第1号に該当する者のうち、老齢福祉年金受給者については、別表中の軽減割合を2/5とし、第2条第2号に該当する者は、別表中の軽減割合を1/5とする。

7 この要綱は、平成18年12月1日から施行する。

- 8 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。
- 9 この要綱は、平成19年7月1日から施行する。ただし、第2条第2号に該当する者は別表中の軽減割合を1/8とする。
- 10 この要綱は、平成20年7月1日から施行する。ただし、第2条第1項第2号に該当する者は軽減対象としない。
- 11 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。
- 12 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。
- 13 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。
- 14 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。
- 15 この要綱は、平成26年10月1日から施行する。
- 16 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。
- 17 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。
- 18 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。
- 19 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。
- 20 この要綱は、令和3年1月1日から施行する。

別表（第3条関係）

対象サービス	軽減対象費用	軽減割合
訪問介護 夜間対応型訪問介護	10%の利用者負担額	1/4 (老齢福祉年金受給者は2/5とする。)
通所介護 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 地域密着型通所介護	10%の利用者負担額、 食費	
短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	10%の利用者負担額、 食費、滞在費	
小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護	10%の利用者負担額、 食費、宿泊費	

定期巡回・随時対応型訪問介護 看護	10%の利用者負担額	
看護小規模多機能型居宅介護	10%の利用者負担額 食費、宿泊費	
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。）	10%の利用者負担額	
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る。）	10%の利用者負担額 食費	

但し、介護保険証に給付額減額を記載された利用者負担額が30%となる要介護被保険者についても、軽減対象費用は10%とする。

(様式第1号)

## 豊中市民間事業所利用者負担軽減確認申込書

フリガナ				被保険者番号	
被保険者名					
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
住所	〒 豊中市 電話番号 (06) —				
利用事業所名および連絡先	名称 住所 〒 電話				
利用サービス	訪問介護・夜間対応型訪問介護 通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 看護小規模多機能型居宅介護 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 <sup>注</sup> 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 <sup>注</sup>				
利用者負担軽減 申込理由					
同居 家族 等 の 状 況	名前	生年月日	性別		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
豊中市長あて 上記のとおり民間事業所による利用者負担額の軽減対象の申込をします。 また、軽減対象の決定にあたり市民税課税台帳による世帯の課税状況の確認、 生活保護受給状況調査及び利用事業所への決定内容・利用者負担段階の提供に同意します。 年 月 日 (被保険者) 名 前 _____					

注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限りします。

事務処理欄			
課 税 状 況	被保険者	認定結果	
		決定番号	

豊中市民間事業所利用者負担軽減決定通知書  
様

豊中市長

先に申込みのありました、豊中市民間事業所利用者負担軽減確認申込書については、  
下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者名		性別	
被保険者番号		生年月日	
住 所	TEL		

決定年月日	年 月 日
決定事項	該 当

決定内容	利用事業者名	
	適用年月日	年 月 日 から
	有効期限	年 月 日 まで
	軽減割合	1割の利用者負担： 食費・滞在費・宿泊費：

(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。）。

<注意事項>

- 社会福祉法人や他の民間事業所の介護サービスを受けるときは、別途手続きが必要となりますので、ご利用の法人・事業所または高齢者支援課へご相談ください。
- 上記事業者の介護サービスにかかる利用者負担額（食費・滞在費・宿泊費を含む）を、上記の軽減割合により軽減します。ただし、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護利用者で利用者負担第2段階の方については、1割の利用者負担については軽減の対象になりません。介護サービスを受ける場合は事業所にこの「負担軽減決定通知書」をご提示ください。対象となるサービス：訪問介護、夜間対応型訪問介護、通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、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。）、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る。）
- 世帯構成や世帯の市民税課税状況に変更があった場合は、下記へご連絡ください。

お問い合わせ先

〒561-8501

豊中市中桜塚3-1-1

豊中市 課  
06 ( )

豊中市民間事業所利用者負担軽減非該当通知書

年 月 日

様

豊中市長

さきにお申し込みいただきました、豊中市民間事業所利用者負担軽減事業については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者名		性別	
被保険者番号		生年月日	
住 所	TEL		
決定年月日	年 月 日		
決定事項	非 該 当		
適用年月日	年 月 日		
有効期限	年 月 日		
非該当理由			

(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。）。

<注意事項>

- 世帯構成や世帯の市民税課税状況に変更があった場合は、下記へご連絡下さい。

お問い合わせ先

〒561-8501

豊中市中桜塚3-1-1

豊中市

課

06 ( )

豊中市民間事業所利用者負担軽減申込書

豊中市長 あて

住所  
名前  
電話番号

下記のとおり利用者負担額の軽減の申込みをします。

フリガナ 被保険者名		被保険者番号	
生年月日		性別	
住所	電話番号		
軽減決定番号	第 号		
利用事業者名			

決定番号	利用サービス	該当	利用月	利用者負担分支払済み金額
	通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>		
	訪問介護 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>		
	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>		
	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>		
	看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>		
	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 <sup>註</sup>	<input type="checkbox"/>		
	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 <sup>註</sup>	<input type="checkbox"/>		

注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限ります。

振込先	金融機関名		振込先 を変更 する場 合は右 記にご 記入下 さい。	金融機関名	
	支店名	支店		支店名	支店名 店番号
	預金の種類 (普通・貯蓄・当座)			預金の種類	普通・当座・貯蓄
	フリガナ			フリガナ	
	口座名義			口座名義	
	口座番号			口座番号	

〈注意事項〉

1. 受領委任払をお申込みの場合、この申込みをしなくても事業所から減額分が返還される場合があります。
2. 申込みの場合には、必ず、内容のわかる領収書を添付してください。

お問合わせ先

〒561-8501  
豊中市

豊中市中桜塚3-1-1  
課 06 ( )

(様式第5号)

豊中市民間事業所利用者負担軽減額決定通知書

年 月 日

様

豊中市長

先に申込みのありました、利用者負担軽減申込書については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者名		性別			
被保険者番号		生年月日			
住 所	TEL				
決定番号	利用サービス	利用年月	支払済み金額	軽減率	軽減金額
合 計					
振 込 日					
振込先	金融機関名				
	支店名				
	預金の種類				
	フリガナ				
	口座名義				
口座番号	*****				

お問い合わせ先 〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1  
豊中市 課 06 ( )

※口座番号については、個人情報保護のため印字していませんのでご了承ください。

(様式第6号)

### 豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減額受領委任払承認申込書

フリガナ											生年月日	年	月	日	性別	
被保険者名																
被保険者番号																
利用事業者	名称															
	所在地											Tel	利用開始年月日	年	月	日から
利用サービスの 内容	訪問介護・夜間対応型訪問介護 通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 看護小規模多機能型居宅介護、 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 <sup>注</sup> 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 <sup>注</sup>															
<p>私が利用するサービスに係る介護保険利用者負担軽減額の受領及び請求の権限をサービス事業者<sup>注</sup>に委任することについて承認を受けたいので上記の申し込みをします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>豊 中 市 長 あて</p> <p style="text-align: right;">申込者（被保険者兼受領委任者）</p> <p style="text-align: right;">住 所 豊中市</p> <p style="text-align: right;">名 前</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( )</p>																

注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限ります。

### 民間事業所の同意書兼口座振込依頼書

豊中市から支給される被保険者 様に係る 年 月利用分以後の介護保険利用者負担軽減額の受領及び請求の権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては下記の金融機関に口座振替払を依頼します。																						
											事業所番号											
事業所名																						
所在地																						
代表者名 <span style="float: right;">⑩</span>																						
電話番号 ( )																						
振込先	金融機関名											預金の種類	普通・当座・貯蓄									
	支店名	支店										口座番号										
	フリガナ																					
	口座名義																					

(注意) 民間事業所(サービス事業者)の同意を得ることが必要になりますので、申込者(被保険者)は「受領委任払承認申込書」に記入後、この書類を民間事業所へお渡しください。

豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減額受領委任払承認通知書

第 - 号	
年 月 日	
様	
豊中市長	
下記のとおり承認します。	
被保険者番号	
軽減対象者名	生年月日
住所(電話番号)	豊中市 TEL
民間事業所名 (サービス事業者)	
事業所住所 (電話番号)	TEL
利用サービスの 内容	訪問介護・夜間対応型訪問介護 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防認知 症対応型通所介護・地域密着型通所介護 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	看護小規模多機能型居宅介護 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
	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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
受領委任の有効期限	年 月 日利用分から 年 月 日利用分まで
<p>(注意)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 民間事業所(サービス事業者)に「豊中市民間事業所利用者負担軽減決定通知書」に記載された軽減割合の金額を豊中市から直接お支払いします。</li> <li>2. この承認は、上記の民間事業所以外では無効です。民間事業所を変更される場合等は、再度承認申込書を提出してください。</li> <li>3. 世帯員等に変更があれば豊中市に連絡してください。</li> </ol>	

豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減額受領委任払承認通知書

第 - 号
年 月 日
様
豊中市長
下記のとおり承認します。

被保険者番号			
軽減対象者名		生年月日	
住所(電話番号)	豊中市	TEL	
民間事業所名 (サービス事業者)			
利用サービスの 内容	訪問介護・夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	
	通所介護・認知症対応型通所介護・介護予防認知 症対応型通所介護・地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/>	
	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	
	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	
	看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	
	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	<input type="checkbox"/>	
	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	<input type="checkbox"/>	
事業所住所(電話番号)	TEL		
受領委任の有効期限	年 月 日利用分から	年 月 日利用分まで	

(注意)

1. この承認は、豊中市民間事業所介護保険利用者負担軽減額の受領権限のみの委任に限っています。有効期限内であっても軽減対象者の世帯に変更等があれば対象とならない場合がありますので、毎月「委任払承認通知書」および「軽減決定通知書」を確認してください。
2. 民間事業所（サービス事業者）に「軽減決定通知書」に記載された割合の金額を豊中市から直接お支払いしますので、再審査請求等で利用者負担額が変更になった場合は連絡してください。
3. 豊中市への請求は「請求書」にて毎月提出してください。支払は、翌々月となります。