

# 桶川市訪問介護利用者等の利用者負担軽減措置要綱

(平成12年5月1日市長決裁)

(目的)

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号）に基づくホームヘルプサービスを利用していた者が、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく訪問介護、介護予防訪問介護又は夜間対応型訪問介護（以下これらを「訪問介護」という。）を利用する場合に、その利用者負担の軽減を図ることにより、当該利用者（以下「要介護者等」という。）の生活の安定に寄与することを目的とする。

(対象者)

第2条 訪問介護に係る利用者負担の軽減を受けることができる者は、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、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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第27条に規定する境界層該当者として定率負担額が0円となっている者であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 65歳の年齢到達前1年間において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（居宅介護のうち身体介護及び家事援助）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
- (2) 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条に規定する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

(対象経費)

第3条 軽減の対象となる経費（以下「対象経費」という。）は、同

一月に介護度ごとに定められた支給限度額の範囲内で利用した訪問介護に係る利用者負担額とする。

(軽減相当額)

第4条 訪問介護に係る利用者負担の軽減額は、対象経費の100分の100に相当する額(1円未満の端数は切り捨てる。以下「軽減相当額」という。)とする。

(利用者負担額の減額の申請)

第5条 利用者負担額の軽減を受けようとする要介護者等又はその属する世帯の生計中心者は、様式第1号の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利用負担軽減措置)を市長に提出しなければならない。

(減額結果通知と減額認定証)

第6条 市長は前条の申請があったときは、その内容を審査して承認の有無を決定し、様式第2号の訪問介護利用者負担額減額決定通知書(障害者ホームヘルプサービス利用負担軽減措置)により、当該申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の場合において、利用者負担額減額の承認をしたときは、様式第3号の訪問介護利用者負担額減額認定証(障害者ホームヘルプサービス利用負担軽減措置)(以下「認定証」という。)を当該要介護者等に発行しなければならない。

(認定証の有効期間)

第7条 認定証の有効期間は、認定証発行日の属する月の初日からその月の属する年度の翌年度(認定証発行日の属する月が4月から6月までの場合にあっては、その月の属する年度)の6月末日までとする。

(認定証の提示)

第8条 認定証を交付された要介護者等(以下「減額認定者」という。)が訪問介護を利用しようとするときは、当該指定訪問介護事業者に認定証を提示しなければならない。

(軽減額の請求)

第9条 減額認定者が前条の規定により訪問介護を利用したときは、事業者は、利用者負担額から軽減相当額を差し引いた額を利用者に請求し、軽減相当額を市長に請求するものとする。

2 市長は、前項の請求があったときは、その内容を審査し、事業者に軽減相当額を支払うものとする。

3 市長は、前項の規定による審査及び支払に関する事務については、埼玉県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(軽減相当額の返還)

第10条 市長は、偽りその他不正の手段により軽減相当額の支給を受けた者がいるときは、当該軽減相当額の全部又は一部の返還を求めることができる。

附 則

1 この要綱は、市長決裁の日から施行し、平成12年4月1日から適用する。

2 第3条の規定を適用する場合において、平成11年分の所得税課税の状況は平成10年分の所得税の課税状況と同一とみなすものとする。

附 則

改正後の要綱は、市長決裁の日から施行し、平成15年7月1日から適用する。

附 則

改正後の要綱は、市長決裁の日から施行し、平成17年4月1日から適用する。

附 則 (平成24年4月1日市長決裁)

改正後の要綱は、市長決裁の日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

附 則 (平成25年4月1日市長決裁)

改正後の要綱は、市長決裁の日から施行し、平成25年4月1日

から適用する。

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利用者負担軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号								
	被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒		電話番号						
利用者負担額 減額申請理由	身体障害者手帳 有 ・ 無 ( 級 No. )								
		氏 名	生 年 月 日	性別	生計中心者に○をつけて下さい				
世帯 構成	世帯主								
	世帯員								
<p>桶川市長 上記のとおり訪問介護の利用者負担額に係る減額を申請します。 年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名 電話番号</p>									

桶川市記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限 年 月 日 まで	

様式第 2 号

訪問介護利用者負担額減額 決定通知書  
(障害者ホームヘルプサービス利用者負担軽減措置)

桶 第 号  
年 月 日

桶川市長

様

先に申請のありました、訪問介護利用者負担額減額については、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	平成 年 月 日
-------	----------

決定事項																	
1 承認する	適用年月日 年 月 日 (承認内容) 有効期限 年 月 日 公費負担者番号 <table border="1"><tr><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 border="1"><tr><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																

様式第3号

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">訪問介護利用者負担額減額認定証</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">(障害者ホームヘルプサービス利用者負担軽減措置)</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">交付年月日                      年                      月                      日</p>									
負担者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
受給者	住所								
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	男・女			
介護保険被保険者番号									
適用年月日		年	月	日	から				
有効期限		年	月	日	まで				
減額内容 (給付率)		／ 1 0 0							
発行機関名 及び印									