

品川区社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る
利用者負担軽減制度事業実施要綱

制定	平成24年11月19日	要綱第214号
改正	平成27年7月1日	要綱第446号
改正	平成27年12月14日	要綱第513号
改正	平成28年3月8日	要綱第83号
改正	平成31年3月27日	要綱第116号
改正	令和3年3月31日	要綱第94号
改正	令和6年3月27日	要綱第122号
改正	令和6年12月26日	要綱第247号

(趣旨)

第1条 この要綱は、国の「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」(平成12年5月1日付老発第474号)および東京都「社会福祉法人等による生計困難者等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実施要綱」(平成13年11月30日付福保高介第625号)に基づき、低所得で生計が困難である者および生活保護受給者(以下「生計困難者等」という。)に対する利用者負担軽減制度事業を実施するための基本的事項を定める。

(目的)

第2条 利用者負担軽減制度事業は、生計困難者等について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人および品川区(以下「社会福祉法人等」という。)が、その社会的な役割に鑑み、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とする。

(実施の申出)

第3条 この要綱に基づく利用者負担額の軽減(以下「軽減」という。)を行おうとする社会福祉法人等は、区長および東京都知事に対して、生計困難者に対する利用者負担軽減申出書(第1号様式)により、その旨の申出を行うものとする。

2 軽減の対象とする介護保険サービスは、介護保険法(平成9年法律第123号)に基づく指定介護老人福祉施設サービスとする。

(軽減の対象者)

第4条 軽減の対象者は、品川区の介護保険被保険者のうち、次に掲げる要件を満たすとともに、その者の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であると区長が認めた者および生活保護受給者とする。

- (1) 対象サービスを受ける日の属する年度分（4月、5月または6月の場合にあっては、前年度分）の特別区民税が世帯非課税であること。
- (2) 世帯の年間収入が基準収入額（単身世帯の場合は150万円とし、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。
- (3) 世帯の預貯金等の額が基準貯蓄額（単身世帯の場合は350万円とし、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。
- (4) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- (5) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- (6) 世帯員全員が介護保険料を滞納していないこと。

（軽減の内容）

第5条 第3条第1項の規定により軽減の申出を行った社会福祉法人等は、軽減の対象者が指定介護老人福祉施設サービスを利用した際に負担する額のうち、次に掲げるものについて軽減する。なお、生活保護受給者については、個室の居住費（滞在費）にかかる負担を軽減の対象とする。

- (1) 介護費負担
- (2) 食費負担
- (3) 居住費（滞在費）負担
- (4) 宿泊費負担

2 軽減の程度は、利用者負担額の4分の1（高齢福祉年金受給者は2分の1）とする。ただし、生活保護受給者については、利用者負担額の全額とする。

（軽減の申請等）

第6条 軽減を受けようとする者は、介護保険被保険者証を提示の上、生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書（第2号様式）、および収入、資産および扶養の有無等に関する申告書（第3号様式）に、必要書類を添えて、区長に対し申請しなければならない。

2 区長は、前項の申請があった場合は、その内容を審査の上、軽減の対象者であるか否かを決定し、社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担軽減対象決定通知書（第4号様式）により申請者に通知するとともに、対象者として決定した者に対しては、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（第5号様式。以下「確認証」という。）を交付するものとする。

（生活扶助基準見直しに伴う特例措置）

第7条 令和2年10月1日施行の生活保護法に基づく生活扶助基準等の改正に伴い、生活保護が廃止された者であって、廃止時点において本事業に基づく軽減又は特定介護老人福祉施設サービス費の支給により居住費の利用者負担がなかった者のうち、引き続き第4条に該当する者については、第5条2項の規定に関わらず、軽減の程度を居住費

以外にかかる利用者負担については4分の1（老齢福祉年金受給者は2分の1）とする
とともに、居住費にかかる利用者負担については全額とする。

（確認証）

第8条 確認証は、前条第1項の申請があった日の属する月の初日から適用する。ただし、月の途中で新たに要介護認定を受けた場合は、その認定日から適用する。

2 確認証の有効期限は、確認証を発行した日の属する年度の翌年度の6月末日とする。ただし、確認証の発行日が4月、5月または6月の場合にあっては、その発行日の属する年度の6月末日とする。

3 軽減の対象者は、確認証の有効期限後においても引き続き確認証の交付が必要な場合にあっては、確認証の更新の申請を行うこととし、区長が定める更新申請期間内に確認申請書を区長に提出することとする。

4 交付された確認証を紛失または破損した者は、区長に確認証の再交付を申し出ることができる。

5 確認証の交付を受けた者が被保険者の住所または氏名を変更したときは、介護保険被保険者証および確認証を提示の上、生計困難者等に対する利用者負担額軽減対象確認申請書によりその旨を速やかに区長に届け出なければならない。

6 確認証の交付を受けた者は、次に掲げる事由が生じたときは、遅滞なく確認証を区長に返還しなければならない。

（1）確認証の有効期限に至ったとき。

（2）軽減の対象者でなくなったとき。

（3）品川区の介護保険被保険者でなくなったとき。

（4）要介護認定区分が要支援1および要支援2ならびに要介護1から要介護5までのいずれでもなくなったとき。

（5）その他区長が必要であると認めるとき。

（軽減の方法）

第9条 確認証の交付を受けた者が軽減を受けようとするときは、対象サービスを受ける際に、社会福祉法人等が第3条第1項の申出を行っていることを確認した上で、確認証を提示しなければならない。

2 確認証の提示を受けた社会福祉法人等は、確認証を提示した者に対し、確認証の内容に基づき軽減を行う。

（譲渡または担保の禁止）

第10条 軽減を受ける権利は、第三者に譲渡し、または担保に供してはならない。

（軽減費用の返還）

第11条 区長は、偽りその他不正の行為によって軽減を受けた者に対し、当該軽減を受けた額の全部または一部を求めることができる。

(委任)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

付 則

この要綱は、平成25年 1月 1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成27年 7月 1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成28年 1月 1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成28年 4月 1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成31年 4月 1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和 3年 4月 1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和 6年 4月 1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和 8年 1月 1日から適用する。

生計困難者等に対する利用者負担額軽減申出書
〔 社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度 〕

年 月 日

品川区長(東京都知事) あて

所 在 地
申請者 事業者(法人)名
代表者職・氏名

生計困難者等に対する利用者負担額の軽減を下記のとおり実施しますので、申し出ます。

申請者	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー)		
	事業者(法人)名				
	連 絡 先		担当部署 担当者名 電話番号	FAX番号	
軽減を実施する事業所の状況	開始年月 (軽減を始める月)	実施事業の種類 (注)	事業所の名称	事業所番号	事業所の所在地
	年 月				事業所の連絡先
					(郵便番号 ー)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 ー)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 ー)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 ー)
	年 月				電話番号
					(郵便番号 ー)
	年 月				電話番号
(郵便番号 ー)					

(注)同一事業所において、介護サービスと介護予防サービスの両方で軽減を行う場合は、例えば訪問介護であれば、「訪問介護(介護予防を含む)」と記載してください。

【申出書の提出先】本申出書は、東京都知事あてと事業所の所在する区市町村長あてに各1部ずつ作成し、それぞれ事務を担当する部署へ提出してください。

第2号様式（第6条関係）

生計困難者等に対する利用者負担軽減対象確認申請書

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号											
	氏名			個人番号											
	住所	〒	—	生年月日	年 月 日										
				電話番号											

申請区分	新規 更新 再交付 事由： 紛失 ・ 破損 ・ その他（ ）														
------	------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世 帯 員	氏名	生年月日	続柄	個人番号
				— —
				— —
				— —
				— —

品川区長あて

上記のとおり、社会福祉法人等による生計困難者に対する利用者負担軽減対象の確認を申請します。
 なお、この申請にあたり、区が保有する被保険者世帯の個人情報（課税台帳等）を用いることに同意します。

年 月 日

申請者（被保険者）

住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

連絡先（必要な場合のみ）

氏名 _____ 電話番号 _____

本人との関係 _____

※ 裏面の「収入、資産および扶養の有無等に関する申告書」も忘れずにご記入ください。 ※

《区处理欄》

《市区町村》				確認番号
交付年月日		生活保護受給	無 有	
年 月 日		区民税課税	非課税 課税	
適用年月日		世帯年収基準額	該当 非該当	
年 月 日		預貯金額基準額	該当 非該当	
有効期限		資産有無	無 有	
年 月 日		扶養有無	無 有	
軽減割合		介護保険料滞納	無 有	
		その他	()	

第3号様式（第6条関係）

収入、資産および扶養の有無等に関する申告書

品川区長あて

年 月 日

氏名

介護保険
被保険者番号

年 月 日現在において、下記の事項について相違ないことを申告します。

記

(1) 年中の世帯の収入の状況が、下記のとおりであること。

	氏名	収入の種類 (年金, 給与 等)	年間の合計額
世帯員			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
	収入 計		円

※1 上記を確認できる資料を添付のこと（年金支払額通知書、源泉徴収票、確定申告書 等の写し）

(2) 申告日現在の世帯の預貯金等の状況が下記のとおりであり、記載以外に預貯金通帳等は保有していないこと。

	氏名	預貯金等の種類 (金融機関名 等)	現在の預貯金等額
世帯員			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
	預貯金等 計		円

※2 上記を確認できる資料を添付のこと（預貯金通帳、有価証券、債券 等の写し）

(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利用し得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。

注) ※1, ※2については、申告者が一定期間以上品川区民である場合に提出の省略を認める場合がある。

様

品 川 区 長

社会福祉法人等による生活困難者等に対する
利用者負担額軽減対象決定通知書

年 月 日に申請のありました、社会福祉法人等による生活困難者等に対する利用者負担額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			
決 定 事 項			
1 承認する			
2 承認しない			

審査請求および取消訴訟
1 この決定に不服があるときは、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ヶ月以内に、品川区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ヶ月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
2 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ヶ月以内に、品川区を被告として（訴訟において品川区を代表する者は品川区長となります。）、処分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ヶ月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分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、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内であっても、当該裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

（お問合せ先）
品川区高齢者福祉課介護給付係
住 所 140-8715 東京都品川区広町2-1-3 6
電話番号 03-5742-6927 FAX番号 03-5742-6881

第5号様式（第6条関係）

（表 面）

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
被保険者
確認番号
（被保険者番号）

住所

フリガナ

氏名

生年月日

性別

適用年月日

有効期限

減額割合

保険者番号
並びに保険
者の名称及
び印

1
3
1
0
9

（裏 面）

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提出してください。
- 二 対象となるサービスは、介護老人福祉施設サービスです。
- 三 この確認証は東京都および品川区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、居住費に限る。）が、前面に記載される減額割合により軽減されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減措置の要件に該当しなくなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を区に返してください。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、区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。