

函館市訪問介護利用者に対する利用者負担額軽減措置実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険制度の円滑な実施を図るため、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第2号に規定する訪問介護、法第8条第16号に規定する夜間対応型訪問介護および法第115条の45第1号に規定する第一号訪問事業のうち介護予防訪問事業に相当する事業（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」という。）の利用者について、その訪問介護に係る利用者負担額の軽減措置の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(事業の実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市とする。

(対象者)

第3条 軽減措置の対象者は、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（以下「障害者総合支援法」という。）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日以降に次の各号のいずれかに該当することとなったもののうち、介護保険料を滞納していないものとする。

(1) 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および家事援助をいう。）を利用していただ者であって、65歳に到達したことで介護保険の対象となったもの

(2) 特定疾病により生じた身体上または精神上的の障害が原因で、要介護または要支援の状態となった40歳から64歳までの者

2 対象者の所得状況等の確認については、所得の確認、または、障害者総合支援法における境界層該当の確認を、毎年8月に行うこととする。

なお、いったん本軽減措置の対象外となった者については、翌年以降も本措置の対象としない。

(利用者負担の割合)

第4条 前条第1項に規定する者が軽減措置を受けて法の規定による訪問介護を利用した場合の当該訪問介護に係る利用者負担の割合は、100分の0とする。

(申請)

第5条 前条の措置を受けようとする者は、別記第1号様式の申請書により、市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請があった場合は、速やかにその内容を審査し、その承認または不承認の結果を別記第2号様式の通知書により、申請者に通知するものとする。

3 市長は、申請の承認を決定した場合には、申請者に別記第3号様式の認定証を交付するものとする。

(有効期限)

第6条 前条に規定する確認証の有効期限は、申請のあった日の属する月の初日から申請のあった日の属する年度の翌年度の7月31日までとする。ただし、4月1日から7月31日までに申請があったものは、当該年度の7月31日までとする。

(再交付)

第7条 市長は、第5条第3項に規定する認定証について、別記第4号様式により再交付の申請があった場合は、必要事項を調査確認のうえ再交付するものとする。

附 則

1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

2 第6条の規定に関わらず、平成26年7月1日から31日までに申請があったものは、有効期限を翌年度の7月31日までとする。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

訪問介護利用者負担額減額（更新）申請書

年 月 日

（あて先）函館市長

住所

申請者 氏名

電話 局 番

次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。
 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。

被保険者氏名	保 険 者 番 号		0	1	2	0	2	1
	被保険者番号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生							
住 所	〒 電話 局 番							
利用者負担額減額申請理由	障害者総合支援法の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円となっており 1. 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を利用しており、65歳に到達したことで介護保険の対象となったため 2. 特定疾病により要介護・要支援の状態になったため（40歳～64歳） ※身体障害者手帳有り 級 No.							
	氏 名		生 年 月 日		生計中心者に○をつけてください			
世帯構成	世帯主							
	世帯員							

函館市記入欄

申 請 種 類	新規申請 ・ 更新申請
減 額 内 容	該 当 ・ 非 該 当
有 効 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
認 定 証 交 付 年 月 日	年 月 日 未交付（理由： ）
<備考>	

--

函館市長

介護保険 訪問介護利用者負担額減額 決定通知書

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	
決定事項	
1 承 認 す る	適用年月日 有効期限 公費負担者番号 公費受給者番号
2 承 認 し な い	理由

問い合わせ先

不服の申立

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に函館市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分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、函館市長を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分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、処分の日から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、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、処分の取消しの訴えは、その異議申立て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か月以内に提起することができます。

別記第3号様式

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">訪問介護利用者負担額減額認定証</p> </div> <p style="text-align: center;">交付年月日</p>	
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	北海道函館市東雲町4番13号 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 函館市 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 印 </div> </div>

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、この確認証を事業者に提出してください。

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つたと、減額の認定の要件に該当しなくなつたとき、減額の認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を函館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つたときは、十四日以内に、この証を添えて、函館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懲役の処分を受けます。

別記第4号様式

介護保険 訪問介護利用者負担額減額認定証再交付申請書

(あて先) 函 館 市 長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

被保険者番号			
フリガナ			
被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
被保険者住所	〒 電話番号		

再交付の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()		
--------	--	--	--