



社会福祉法人助成金実績報告書

令和 8年 3月31日

(あて先) 函館市長

〒811-0206

住 所 福岡県福岡市東区雁の巣1-7-25

助成法人

法人名および 社会福祉法人 創生会

代表者氏名 理事長 伊東 慎太郎

令和 8年 3月16日函福介をもって助成金の交付の決定を受けた社会福祉法人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は、令和 8年 3月31日完了したので、関係書類を添えて報告します。

記

1 助成金交付決定通知額	135,000円
2 助成金実績報告額	134,000円
3 助成金過不足額	1,000円

社会福祉法人による利用者負担減免措置に係る助成金実績報告総括表

法人名：社会福祉法人 創生会

担当者名： 電話：0138-30-7777

助成申請先市町村名： 函館市

実績報告内訳

(単位：円)

事業所名	実績報告額 A	交付済額 B	増減額 A-B	備考
特別養護老人ホーム ベルソーレ	134,000	135,000	-1,000	
合 計	134,000	135,000	-1,000	

注1 A欄には総括表〈別紙2〉で算出した市町村別助成所要額（千円未満切捨て）を記入する。

注2 B欄は、すでに市町村から助成の交付を受けている場合にその金額を記入する。助成の交付を受けていない場合は「0」と記入する。

網掛けの部分は必ず入力してください。
 ※①表は他保険者の負担軽減利用者がある場合はその分も入力してください。
 ※②表は該当するサービス種別の部分のみ入力してください。

社会福祉法人による軽減に係る公費助成額算定表(総括表)

【 令和7年4月～令和8年3月 】

市町村名: 函館市

法人名: 社会福祉法人創生会

事業所名: 特別養護老人ホームベルソール

電話番号: 0138-307070 担当者名: 〇〇〇

① 保険者別軽減額及び公費助成額算定表 (単位:円)

保険者名	軽減額	按分割合	市町村別公費助成所要額	備考
利用者負担額	B	K	H=G×K	
函館市	247,246	0.744	134,290	
食費・居住費	825,045			
北見市	312,400	0.217	39,168	
せたな町	548,12	0.038	6,858	
合 計	1,439,503	0.999	180,498	

② 本来の利用者負担収入額表 (単位:円)

サービス種別(事業所区分)	本来の利用者負担収入額 A
利用者負担額(旧措置入所者で利用負担割合が5%以下の方を除く)	33,592,828
食費・居住費計	83,126,005
食費(旧措置入所者で利用負担割合が5%以下の方を除く)	33,592,828
居住費(旧措置入所者で利用負担割合が5%以下の方を除く)	49,533,177
合 計	116,718,833
短所入所生活介護	
通所介護	
認知症対応型通所介護	
訪問介護	
夜間対応型訪問介護	
小規模多機能型居宅介護	
看護小規模多機能型居宅介護	
合 計	

③ 本来の利用者負担収入額表 (単位:円)

サービス種別(事業所区分)	本来の利用者負担収入額 A
利用者負担額(旧措置入所者で利用負担割合が5%以下の方を除く)	
食費・居住費計	
食費(旧措置入所者で利用負担割合が5%以下の方を除く)	
居住費(旧措置入所者で利用負担割合が5%以下の方を除く)	
合 計	
介護予防短期入所生活介護	
地域密着型通所介護	
介護予防認知症対応型通所介護	
定額巡回・随時対応型訪問介護看護	
介護予防小規模多機能型居宅介護	
第一号訪問事業(国基準訪問型)	
第一号通所事業(国基準通所型)	
合 計	

④ 公費助成所要額算定表(地域密着型介護福祉施設入所者生活介護および介護福祉施設サービス以外のサービスの場合)

区分	本来の利用者負担収入額	軽減総額	A×1%	C	A×10%	D	特養10%超分全額助成(B-D)	E	1/2助成対象額(B-C-E)	F	助成所要額(F×1/2+E)	G	按分後助成所要額(G×K)	H	助成額(千円未満切り捨て)	I	助成額合計 J
介護福祉施設	利用者負担額	33,592,828	247,246		335,928	3,359,282											
介護老人福祉施設	食費・居住費	83,126,005	1,192,257	353,760	831,260	8,312,600			360,997		180,498		134,290		134,000		134,000
合 計																	

(単位:円)

⑤ 公費助成所要額算定表(地域密着型介護福祉施設入所者生活介護および介護福祉施設サービス以外のサービスの場合)

区分	本来の利用者負担収入額	軽減総額	A×1%	C	A×10%	D	特養10%超分全額助成(B-D)	E	1/2助成対象額(B-C-E)	F	助成所要額(F×1/2+E)	G	按分後助成所要額(G×K)	H	助成額(千円未満切り捨て)	I	助成額合計 J
サービス種別	利用者負担額																
食費・居住費																	
合 計																	

(単位:円)

(注) 1 本表は、社会福祉法人による生計困難者に対する利用者負担軽減額に依る軽減分について補助金を受けようとする場合に、介護保険事業区分ごとに作成する。
 2 最終的に、①表で社会福祉法人に依る公費助成所要額を算出する。
 3 ②表の該当する区分の欄に本来の利用者負担収入額を記入し、③表もしくは④表のA欄に記入する。
 4 ⑤表もしくは⑥表のGで、1%助成及び公費助成所要額Gを算出する。地域密着型介護福祉施設・介護福祉施設サービスの場合は③表を使用し、その他のサービスの場合は④表を使用し、円未満は切り捨てる。
 5 ①表で、Gの欄を保護者ごとの区分する。按分割合は軽減額/軽減総額(小数点以下第3位まで)とし、円未満は切り捨てる。他市町村から助成を受けられない場合であっても、他市町村分も算出する。