



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

〒060-0808

住 所 札幌市北区北8条西3丁目32番

8・3プラザ3階

助成法人

法人名および 社会福祉法人 愛和福社会

代表者氏名 理事長 林 恭裕

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	70,000円
2 助成金実績報告額	70,000円
3 助成金過不足額	0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 愛和福社会

担当者名： 電話：011-784-0433

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 セボラ・コリーナ	70,000	70,000	0	
合 計	70,000	70,000	0	

- 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。

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 】

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い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。

正副村名: 札幌市 法人名: 社会福祉法人 愛和福祉会 事業所名: 特別養護老人ホーム セボラ・コリーナ 電話番号: 011-845-0433 担当者名:

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	経費額	按分割合	市町村別公費助成所要額	備考
函館市			H=G×K	
利用者負担額		0.083		
食費・居住費	104,325	0.041	62,333	
札幌市	3,079,565	0.860	1,477,055	
石狩市	85,164	0.019	32,632	
当別町	318,560	0.072	123,660	
合 計	4,393,443		1,717,506	

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)	利用者負担額(利用者負担率×利用者負担額)	本来の利用者負担収入額
介護福祉施設サービス(特養)		
食費・居住費	66,377,683	29,465,476
食費(利用者負担率5%以下)		
居住費(利用者負担率5%以下)		
合計	66,377,683	29,465,476
短期入所生活介護		
食費・滞在費		
合計		
通所介護		
食費		
合計		
認知症対応型通所介護		
食費		
合計		
訪問介護		
利用者負担額		
夜間対応型訪問介護		
利用者負担額		
小規模多機能型居宅介護		
食費・宿泊費		
合計		
看護小規模多機能型居宅介護		
食費・宿泊費		
合計		

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)	利用者負担額(利用者負担率×利用者負担額)	本来の利用者負担収入額
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
食費・居住費		
食費(利用者負担率5%以下)		
居住費(利用者負担率5%以下)		
合計		
介護予防短期入所生活介護		
食費・滞在費		
合計		
地域密着型通所介護		
食費		
合計		
介護予防認知症対応型通所介護		
食費		
合計		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
利用者負担額		
介護予防小規模多機能型居宅介護		
食費・宿泊費		
合計		
第一号訪問事業(国基準訪問型)		
利用者負担額		
第一号通所事業(国基準通所型)		
食費		
合計		

③ 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の場合)

区分	本来の利用者負担収入額	経費総額	A×1%	C	A×10%	D	E	1/2助成対象額(B-C-E)	F	助成所要額(F×1/2+E)	G	H	按分後助成所要額(G×K)	I	助成額(千円未満切り捨て)	J
介護福祉施設もしくは地域密着型介護老人福祉施設																
利用者負担額	29,465,476	688,988	294,654		2,946,547			394,334	394,334	197,167		8,083	8,083		8,000	
食費・居住費	66,377,683	3,704,455	663,776		6,637,768			3,040,679	3,040,679	1,520,339		62,333	62,333		62,000	
合 計																70,000

(単位:円)

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	経費総額	A×1%	C	A×10%	D	E	1/2助成対象額(B-C-E)	F	助成所要額(F×1/2+E)	G	H	按分後助成所要額(G×K)	I	助成額(千円未満切り捨て)	J
サービス種別																
利用者負担額																
食費・居住費																

(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に係る軽減分について補助金を要しようとする場合に、介護福祉施設サービスごとに作成する。
 2 算定は、①表で社会福祉法人が負担する公費助成所要額を算定する。
 3 ②表は、①表のA(利用者負担収入額)に、③表のB(利用者負担収入額)を加算し、④表のC(利用者負担収入額)を算定する。本来の利用者負担収入額は、全体の利用者負担収入額を記入する。
 4 ⑤表は、④表のD(利用者負担収入額)に、⑥表のE(利用者負担収入額)を加算し、⑦表のF(利用者負担収入額)を算定する。全体の利用者負担収入額は、全体の利用者負担収入額を記入する。
 5 ⑧表は、⑦表のF(利用者負担収入額)に、⑨表のG(利用者負担収入額)を加算し、⑩表のH(利用者負担収入額)を算定する。全体の利用者負担収入額は、全体の利用者負担収入額を記入する。
 6 ⑪表は、⑩表のH(利用者負担収入額)に、⑫表のI(利用者負担収入額)を加算し、⑬表のJ(利用者負担収入額)を算定する。全体の利用者負担収入額は、全体の利用者負担収入額を記入する。