



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

〒950-3102

住 所 新潟県新潟市北区島見町

4540番地

助成法人

法人名および 社会福祉法人恵生福祉会

代表者氏名 理事長 半田 浩久

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	89,000円
2	助成金実績報告額	89,000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 恵生福祉会

担当者名： 電話：025-255-3710

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 なぎさの里	89,000	89,000	0	
合 計	89,000	89,000	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。

欄外に必ず記入してください。
※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記入してください。
※②表は該当するサービス種別の数値のみ記入してください。

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 恵生福祉会

事業所名: 特別養護老人ホーム なぎさの里

電話番号: 025-255-3710

担当者名:

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	利用者負担額	99,906	0.039	89,454	H=G×K
	食費・居住費	184,318			
新島市	利用者負担額	2,564,559	0.900	813,222	H=G×K
	食費・居住費				
合 計		2,848,815	0.999	903,580	

サービス種別(事業所区分)		利用者負担額 (利用者の負担額が50%以下の場合)	食費・居住費	合 計	本来の利用者負担収入額 (単位:円)
介護福祉施設 サービス(特養)	利用者負担額	33,860,749	89,454	89,454	89,454
	食費・居住費	78,498,020			
短期入所生活介護	利用者負担額	2,564,559			
	食費・居住費				
通所介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
認知症対応型 通所介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
訪問介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
看護小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
合 計		33,860,749	89,454	89,454	89,454

サービス種別(事業所区分)		利用者負担額 (利用者の負担額が50%以下の場合)	食費・居住費	合 計	本来の利用者負担収入額 (単位:円)
介護福祉施設 サービス(特養)	利用者負担額	33,860,749	89,454	89,454	89,454
	食費・居住費	78,498,020			
短期入所生活介護	利用者負担額	2,564,559			
	食費・居住費				
通所介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
認知症対応型 通所介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
訪問介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
看護小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額				
	食費・居住費				
合 計		33,860,749	89,454	89,454	89,454

③ 公費助成所要額算定表(地域密着型介護福祉施設サービス以外サービスの場合)

区分	本来の利用者負担収入額	経費総額	A×1%	A×10%	1/2助成対象額 (B-C-E)	助成所要額 (F×1/2+E)	按分後助成所要額 (G×K)	助成額 (千円未満切り捨て)	助成額合計
介護福祉施設 もしくは地域密着型 介護老人福祉施設	33,860,749	256,674	338,607	3,386,074		903,580	89,454	89,000	89,000
合 計	78,498,020	2,592,141	784,980	7,849,802	1,807,161	903,580	89,454	89,000	89,000

(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サービス以外サービスの場合)

区分	本来の利用者負担収入額	経費総額	A×1%	1/2助成対象額 (B-C)	助成所要額 (F×1/2)	按分後助成所要額 (G×K)	助成額 (千円未満切り捨て)	助成額合計
介護福祉施設 もしくは地域密着型 介護老人福祉施設	33,860,749	256,674	338,607		903,580	89,454	89,000	89,000
合 計	78,498,020	2,592,141	784,980	1,807,161	903,580	89,454	89,000	89,000

(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の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以外サービスに作成する。
2 本表は、社会福祉法人による生計困難者に対する利用者の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以外サービスに作成する。
3 本表は、社会福祉法人による生計困難者に対する利用者の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以外サービスに作成する。
4 本表は、社会福祉法人による生計困難者に対する利用者の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以外サービスに作成する。
5 本表は、社会福祉法人による生計困難者に対する利用者の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以外サービスに作成する。