



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

〒041-0801

住 所 函館市桔梗町557番地

助成法人

法人名および 社会福祉法人敬聖会

代表者氏名 理事長 森 喜美子

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	326,000円
2 助成金実績報告額	326,000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 敬聖会

担当者名： 電話：0138-46-5151

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 桔梗みのりの里	245,000	245,000		
短期入所生活介護 桔梗みのりの里	81,000	81,000		
合 計	326,000	326,000		

- 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。

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。

市町村名: 函館市 法人名: 社会福祉法人 敬聖会

事業所名: 特別養護老人ホーム 桔梗みのりの里

電話番号: 0135-46-5151 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	軽減額	按分割合	市町村別公費助成所要額
	A	B	H=G×K
函館市	利用者負担額 28,018 食費・居住費 266,497	0.694	81,987
七軒町	利用者負担額 129,360	0.305	35,987
合 計	423,865	0.999	117,993

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(利用者負担額が5%以下の場合)	食費・居住費計	本来の利用者負担収入額
	A	B	C
介護福祉施設 サービス(特養)	利用者負担額 食費・居住費計 食費(利用者負担額が5%以下の場合) 居住費(利用者負担額が5%以下の場合)	合 計 15,986,145 6,663,565 9,322,580	5,304,820
短期入所生活介護	利用者負担額 食費・居住費計 食費 居住費	合 計 21,290,985	
通所介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
認知症対応型 通所介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
訪問介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
夜間対応型訪問介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
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	

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(利用者負担額が5%以下の場合)	食費・居住費計	本来の利用者負担収入額
	A	B	C
地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	利用者負担額 食費・居住費計 食費(利用者負担額が5%以下の場合) 居住費(利用者負担額が5%以下の場合)	合 計 15,986,145 6,663,565 9,322,580	5,304,820
介護予防 短期入所生活介護	利用者負担額 食費・居住費計 食費 居住費	合 計 21,290,985	
地域密着型通所介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
介護予防認知症 対応型通所介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
介護予防 小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
第一号訪問事業(国 基準訪問型)	利用者負担額 食費 居住費	合 計	
第一号通所事業(国 基準通所型)	利用者負担額 食費 居住費	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		軽減総額		A × 1%	A × 10%	D	E	F	G	H	I	J
	利用者負担額	食費・居住費	A	B									
介護福祉施設 もしくは地域密着型 介護老人福祉施設													
介護福祉施設													
介護老人福祉施設													
合 計	423,865	117,993											

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場合)

区 分	本来の利用者負担収入額		軽減総額	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
	A	B							
介護福祉施設	利用者負担額	28,018	53,048						81,000
	食費・居住費	395,847	337,920	159,861	235,986	117,993	81,887	81,000	

(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率について補助金を受けようとする場合に、介護保険事業所区分ごとに作成する。

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負担軽減に係る軽減率について補助金を受けようとする場合に、介護保険事業所区分ごとに作成する。

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負担軽減に係る軽減率について補助金を受けようとする場合に、介護保険事業所区分ごとに作成する。

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負担軽減に係る軽減率について補助金を受けようとする場合に、介護保険事業所区分ごとに作成する。

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負担軽減に係る軽減率について補助金を受けようとする場合に、介護保険事業所区分ごとに作成する。

