



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

〒063-0059

住 所 札幌市西区宮の沢490番地

助成法人

法人名および 社会福祉法人 宏友会

代表者氏名 理事長 小林 昭雄

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	9, 000円
2 助成金実績報告額	10, 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 宏友会

担当者名： 電話：011-663-2931

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 西野ケアセンター	10,000	9,000	1,000	
合 計	10,000	9,000	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。

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表は施設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。

市町村名: 札幌市 法人名: 社会福祉法人 宏友会 事業所名: 特別養護老人ホーム 西野ケアセンター 電話番号: 011-665-2931 担当者名:

保険者名		軽減額	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			H=G×K	
	食費・居住費	70,259	0.081	10,125	
合 計		79,027	0.918	114,754	
合 計		867,286	0.999	125,005	

サービス種別(事業所区分)		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 (利用者負担額が45%以下の場合)	29,758,820
	食費・居住費	49,738,348
	食費(10歳未満入所者で利用者負担額が45%以下の場合)	31,457,860
	居住費(10歳未満入所者で利用者負担額が45%以下の場合を除く。ただし、ユニット型個室の場合は含む)	18,159,888
	合 計	79,497,168
短期入所生活介護	利用者負担額	
	食費・滞在費	
	合 計	
通所介護	利用者負担額	
	食費	
	合 計	
認知症対応型 通所介護	利用者負担額	
	食費	
	合 計	
訪問介護	利用者負担額	
	利用者負担額	
	合 計	
夜間対応型訪問介護	利用者負担額	
	利用者負担額	
	合 計	
小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額	
	食費・宿泊費	
	合 計	
看護小規模多機能型 居宅介護	利用者負担額	
	食費・宿泊費	
	合 計	

サービス種別(事業所区分)		本来の利用者負担収入額 (単位:円)
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 (利用者負担額が45%以下の場合)	
	食費・居住費	
	食費(10歳未満入所者で利用者負担額が45%以下の場合)	
	居住費(10歳未満入所者で利用者負担額が45%以下の場合を除く。ただし、ユニット型個室の場合は含む)	
	合 計	
介護予防 短期入所生活介護	利用者負担額	
	食費・滞在費	
	合 計	
地域密着型通所介護	利用者負担額	
	食費	
	合 計	
介護予防認知症 対応型通所介護	利用者負担額	
	食費	
	合 計	
定額巡回・随時対応 型訪問介護看護	利用者負担額	
	利用者負担額	
	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・宿泊費	
	合 計	
第一号訪問事業(国 基準訪問型)	利用者負担額	
	利用者負担額	
	合 計	
第一号通所事業(国 基準通所型)	利用者負担額	
	利用者負担額	
	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%	C	A×10%	D	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 (千円未満切り捨て)
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	29,758,820	119,892	297,588	2,975,882										
	食費・居住費	49,738,348	747,394	497,383	4,973,834										
合 計							250,011		125,005		10,125		10,000		10,000

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	1/2助成対象額 (B-C)	F	助成所要額 (F×1/2)	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 (千円未満切り捨て)
サービス種別	利用者負担額														
	食費・居住費														
合 計															

(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 算定に、①表で社会福祉法人による軽減に係る公費助成所要額を算出する。
3 ②表の区分は、①表の区分に③表のA欄に記述する。本来の利用者負担収入額は、軽減対象者以外の利用者を含めた、全体の利用者負担収入額を記入する。
4 ③表もしくは④表で、1%助成率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サービスの場合は③表を、その他のサービスの場合は④表を用いて算定する。各欄、円未満は切り捨てる。
5 ③表で、Gの欄を算定する。算定方法は、(A×1%×K)÷2で算定する。Gの欄は、Gの欄に算定した値を記入する。Gの欄は、Gの欄に算定した値を記入する。Gの欄は、Gの欄に算定した値を記入する。