



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

〒040-0046

住 所 函館市谷地頭町23-5

助成法人

法人名および 社会福祉法人 純心福祉会

代表者氏名 理事長 福田 庄作

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	864,000円
2	助成金実績報告額	858,000円
3	助成金過不足額	-6,000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 純心福祉会

担当者名： 電話：0138-26-7771

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
地域密着型特別 養護老人ホーム 谷地頭緑蔭園	858,000	864,000	-6,000	
合 計	858,000	864,000	-6,000	

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経減に係る公費助成額算定表(総括表)

【令和4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経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 純心福祉会

事業所名: 地域密着型特別養護老人ホーム 谷地頭緑園

電話番号: 26-7777

担当者名:

① 保険者別経減額及び公費助成額算定表 (単位:円)			
保険者名	経減額	按分割合	市町村別公費助成所要額
利用者負担額		B	K
食費・居住費	1,975,273	1,000	H=G×K
合計	1,975,273		858,775

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	サービス種別(事業所区分)	本来の利用者負担収入額
介護福祉施設サービス(特養)		利用者負担額(旧措置入居費で利用料負担割合が5%以下の場合)	A
		食費・居住費計	
		食費(旧措置入居費で利用料負担割合が5%以下の場合)	
		居住費(旧措置入居費で利用料負担割合が5%以下の場合)	
		合計	
短期入所生活介護		利用者負担額	
		食費・滞在費計	
		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	
訪問対応型訪問介護		利用者負担額	
		食費・宿泊費計	
		食費	
		宿泊費	
		合計	
小規模多機能型居宅介護		利用者負担額	
		食費・宿泊費計	
		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・宿泊費計	
		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)	本来の利用者負担収入額	サービス種別(事業所区分)	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		利用者負担額(旧措置入居費で利用料負担割合が5%以下の場合)	A
		食費・居住費計	
		食費(旧措置入居費で利用料負担割合が5%以下の場合)	
		居住費(旧措置入居費で利用料負担割合が5%以下の場合)	
		合計	
介護予防短期入所生活介護		利用者負担額	
		食費・滞在費計	
		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	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		利用者負担額	
		食費・宿泊費計	
		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	
		食費	
		合計	
第一号通所事業(国基準通所型)		利用者負担額	
		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	経減総額	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	利用者負担額	B	104,788				
	食費・居住費	1,975,273	257,723				
合計	1,975,273	1,975,273	1,717,550	858,775	858,775	858,000	858,000

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場合)

区分	本来の利用者負担収入額	経減総額	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
サービス種別	利用者負担額	B					
	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額に、介護保険事業所区分ごとに作成する。
 2. 最終的に、①表で社会福祉法人経減に係る公費助成所要額を算出する。
 3. ②表は、①表で社会福祉法人経減に係る公費助成所要額を算出する。
 4. ③表は、①表で社会福祉法人経減に係る公費助成所要額を算出する。
 5. ④表は、①表で社会福祉法人経減に係る公費助成所要額を算出する。