



座間市マスコットキャラクター
「ざまりん」

社会福祉法人等による利用者負担軽減制度について

介護保険のサービスを利用する、低所得で特に生計が困難な方に対して、サービスを提供する社会福祉法人等が、その社会的な役割に鑑みて、利用者負担の軽減を行うものです。認定を希望される方は、必要書類を当課まで提出してください。

1 利用者負担軽減対象となる方

世帯全員が市町村民税非課税であって、次の(1)～(5)全ての要件を満たす方が対象です。

- (1)年間収入が、単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること
- (2)預貯金等の額が、単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
- (3)日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- (4)負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- (5)介護保険料を滞納していないこと

2 申請に必要な書類

- ①社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
- ②収入・資産状況等申告書
- ③世帯全員の令和7年の収入、資産状況を証明するものの写し
(恩給・年金等通知書、源泉徴収票、給与証明書、所得税申告書等)
- ④世帯全員の預貯金通帳の写し

- ア 銀行名、支店名、口座番号、名義人がわかるページ
- イ 直前に記帳したうえで、令和7年1月以降の取引ページ全て通帳が切り替わっている場合も必要です。

- ウ 定期預金のページ
- エ 貯蓄預金のページ
- ※取引していない、残高がない場合でも添付してください。
- 総合口座の場合、金額の記載がない場合も、預金がないことの証明として必要です。ただし、「ア」に定期預金等の口座番号欄があって、空欄の場合「ウ」「エ」は必要ありません。

⑤同意書 記入日、住所・記名等（代筆可）

⑥チェックリスト

⑦その他追加資料の添付を求める場合があります。

口座名義人	かいた たくや 様		
店番号	000	普通預金口座番号	1234567
		定期預金口座番号	7890123
株式会社〇〇銀行 〇×支店 (金融機関コード：9999)			
総合口座をご利用いただきありがとうございます			
表紙・裏表紙をめくったページ 情報が不足している場合は、 表紙のコピーが必要となります			

3 申請書類の記入方法・注意点

①社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

申請理由、申請者（被保険者）の住所、氏名等を記入してください。

②収入・資産状況等申告書

○収入に関する申告は、令和8年4月1日現在の本人を含む世帯全員について前年中（令和7年1月から12月末まで）の1年間の収入を記入してください。

○住民票上別世帯の同居人、被保険者の扶養者の申告は、申請時に該当する方がいる場合に記入してください。

○資産に関する申告は、預貯金、土地、家屋について記入してください。

4 軽減の決定について

軽減の承認又は不承認については、決定通知書でお知らせします。

承認した場合は、決定通知書に同封して、社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証を郵送します。

5 軽減対象となるサービス

所在地の市区町村に軽減の申し出をした社会福祉法人が提供する、次のサービス費並びに食費、居住費（滞在費）及び宿泊費について、利用者負担額の4分の1が軽減となります。

- (1)訪問介護 (2)通所介護 (3)短期入所生活介護
- (4)定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (5)夜間対応型訪問介護
- (6)地域密着型通所介護 (7)認知症対応型通所介護
- (8)小規模多機能型居宅介護 (9)地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- (10)複合型サービス (11)介護福祉施設サービス
- (12)介護予防短期入所生活介護 (13)介護予防認知症対応型通所介護
- (14)介護予防小規模多機能型居宅介護
- (15)第1号訪問事業（自己負担割合が介護給付と同様のものに限る。）
- (16)第1号通所事業（自己負担割合が介護給付と同様のものに限る。）

※(3)、(9)、(11)、(12)については、介護保険制度における特定入所者介護サービス費又は特定入所者予防サービス費(負担限度額認定証による追加給付)が支給されている場合に限ります。

【事務担当】介護保険課 介護保険係

電話 046-252-7719（直通）