

大津市介護保険訪問介護利用者負担軽減対策事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、障害者施策によるホームヘルプサービスを利用して低所得の障害者で、介護保険制度の適用を受けることになったものについて、利用者負担額の免除措置を講じることにより、訪問介護、介護予防訪問介護又は夜間対応型訪問介護（以下「訪問介護等」という。）のサービスの継続的な利用の促進を図ることを目的とする。

(免除対象者)

第2条 利用者負担額の免除を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、平成18年4月1日以後に次の各号のいずれかに該当することとなった者のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）によるホームヘルプサービスの利用において境界層該当として定率負担額が0円となっているものとする。

- (1) 65歳到達以前のおおむね1年間に障害者施策によるホームヘルプサービス（居宅介護のうち身体介護及び家事援助をいう。）を利用していた者で、65歳に到達したことで介護保険の対象となったもの
- (2) 特定疾病によって生じた身体上又は精神上的の障害が原因で、要介護又は要支援の状態となった40歳以上65未満の者

2 前項の規定にかかわらず、過去に対象者であった者が対象者でなくなった場合におけるその者については、以後対象者とししないものとする。

(境界層該当の確認)

第3条 市長は、対象者が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における境界層に該当するかどうかの確認等必要な認定を毎年6月に行うものとする。

(申請)

第4条 利用者負担額の免除を受けようとする者は、訪問介護等利用者負担額免除申請書（様式第1号）を、市長に提出しなければならない。

(免除の決定等)

第5条 市長は、前条の申請書の提出があった場合は、速やかに必要な書類を調査し、免除の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の免除の可否の決定をしたときは、当該申請をした者に対し、訪問介護等利用者負担額免除申請結果通知書（様式第2号）により通知するものとする。

3 市長は、前項の規定により免除の決定をした者（以下「利用者」という。）に対して、訪問介護等利用者負担額減額認定証（様式第3号。以下「認定証」という。）を交付するものとする。

(認定証の提示)

第6条 利用者は、利用者負担額の免除を受けようとする場合は、訪問介護等サービス事業者（以下「事業者」という。）に被保険者証に認定証を添えて提示しなければならない。

(免除分の負担方法)

第7条 利用者が事業者から訪問介護等サービスを受けた場合において、事業者は国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に免除分を請求し、連合会は審査の上、市長に請求するものとする。

2 市長は、連合会からの請求に基づき、当該免除分を連合会に支払うものとする。

3 前項の規定により市長が免除分を連合会に支払ったときは、市長から利用者に免除分の支払があったものとみなす。

(減額分の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により減額を受けた者がいるときは、その者から当該減額分に相当する金額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、その都度市長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成18年4月1日から施行する。
- 2 この要綱は、国の介護保険低所得利用者対策事業費補助金の交付措置が終了するに至ったときは、廃止するものとする。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

訪問介護等利用者負担額免除申請書

フリガナ		保険者番号		2	5	2	0	1	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒 _____ 大津市 _____ 電話番号 () _____								
利用者負担額免除申請理由									
<p>(宛先) 大津市長</p> <p>上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る免除を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 続 柄 () _____</p>									

大津市 記入欄

交付年月日	備 考	受 付
年 月 日		
適用年月日		
年 月 日から		
有効期限		
年 月 日まで		

訪問介護等利用者負担額免除申請結果通知書

年 月 日

様

大津市長



年 月 日に申請のあった訪問介護等利用者負担金免除については、
下記のとおり決定したので通知します。

記

被保険者番号	
申請内容	
申請理由	
決定日	年 月 日
免除の内容	認定 公費負担者番号 受給者番号: 保険給付率 % 特別給付率 %
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日

様式第3号(第5条関係)

[表]

訪問介護等利用者負担額減額認定証	
交付年月日	
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
介護保険被保険者番号	
適用年月日	
有効期限	
減額内容(給付率)	
発行機関名及び印	

／ 100

2 5 2 0 1 5

大津市

印

[裏]

注意事項

- 一 訪問介護等のサービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者に提出してください。
- 二 訪問介護等のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額の認定の要件に該当しなくなったとき、減額に認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を大津市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、大津市にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。