

**改正**

平成25年5月16日告示第79号

平成25年12月13日告示第176号

平成25年12月13日告示第177号

平成27年12月18日告示第162号

平成27年12月28日告示第173号

平成28年3月22日告示第33号

平成28年9月12日告示第121号

令和元年10月21日告示第64号

滝沢市障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業実施要綱

(目的)

**第1条** この告示は、滝沢市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用に関する条例施行規則（平成27年滝沢市規則第40号）第3条第1項第2号の規定に基づく事務として、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。以下「法」という。）第5条第2項に規定する居宅介護（以下「居宅介護」という。）を利用して低所得の障がい者であって、新たに介護保険制度の適用を受けることになったもの等について、利用者負担の軽減措置を講ずることにより、訪問介護若しくは夜間対応型訪問介護又は第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）（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。

(対象者)

**第2条** この事業の対象者は、居宅介護の利用において境界層該当者として定率負担額が0円となっている者であって、平成18年4月1日以降に次のいずれかに該当することとなったものとする。

- (1) 65歳到達以前のおおむね1年間に居宅介護のうち身体介護又は家事援助を利用していた者であって、65歳に到達したことで介護保険の対象者となったもの
- (2) 特定疾病によって生じた身体上又は精神上的の障がいが原因で、要介護又は要支援の状態となった40歳から64歳までの者

2 前項の規定に関わらず、いったん同項に規定する対象者でなくなった者については、本事業の

対象としないものとする。

(利用者負担額の割合)

**第3条** 前条に規定する対象者の利用者負担額の割合は、0パーセント（全額免除）とする。

(減額申請手続)

**第4条** 訪問介護等利用者負担額の減額を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、訪問介護等利用者負担額減額申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に、福祉事務所長が発行した境界層該当であることを証する書面並びに本人及び配偶者の前年度分の市町村民税の額を証する書面を添付して市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、当該書類を審査し、その結果を訪問介護等利用者負担額減額給付（不給付）決定通知書（様式第2号）により当該申請者に通知するものとする。この場合において、利用者負担額の減額資格があると認めた者（以下「認定者」という。）については、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。

(利用者負担額の減額及び利用の方法)

**第5条** 認定者は、訪問介護等を利用しようとするときは、法に規定する指定居宅介護サービス事業者に認定証を提示するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、認定者が認定証の提示をせずに利用者負担額を支払ったとき、又は前条の規定による認定前に訪問介護等を利用したときは、申請書の提出と併せて、訪問介護等利用者負担額減額償還払申請書（様式第4号）により支払った利用者負担額の償還払いを申請することができる。

(認定証の有効期間)

**第6条** 認定証の有効期間は、認定日から翌年度の7月31日までとする。

(受給権の譲渡等の禁止)

**第7条** この告示による利用者負担額の減額を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(認定証の返還)

**第8条** 受給者は、第2条に規定する要件に該当しなくなったときは、速やかに市長に届出るとともに、認定証を返還しなければならない。

(利用者負担額の軽減等の決定の取消及び請求)

**第9条** 市長は、偽りその他不正な手段によって利用者負担額の減額の決定を受けた者がるとき

は、その者から当該減額した利用者負担額の全部又は一部を返還させることができる。

**附 則**

この告示は、平成17年4月1日から施行する。

**附 則**（平成25年5月16日告示第79号）

この告示は、平成25年5月16日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

**附 則**（平成25年12月13日告示第176号抄）

（施行期日）

1 この告示は、平成26年1月1日から施行する。

**附 則**（平成25年12月13日告示第177号）

この告示は、平成26年1月1日から施行する。

**附 則**（平成27年12月18日告示第162号）

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

**附 則**（平成27年12月28日告示第173号）

この告示は、平成28年1月1日から施行し、改正後の第1条及び第6条の規定は、平成27年4月1日から適用する。

**附 則**（平成28年3月22日告示第33号）

（施行期日）

1 この告示は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であって、この告示の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの告示の施行前にされた申請等に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。

3 この告示の施行の際、それぞれの告示に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の改正を加え、なお使用することができる。

**附 則**（平成28年9月12日告示第121号）

この告示は、平成28年9月12日から施行する。

**附 則**（令和元年10月21日告示第64号）

この告示は、令和元年10月21日から施行する。



第 年 月 日

様

滝沢市長

印

訪問介護等利用者負担額減額給付（不給付）決定通知書  
（障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置）

年 月 日付けで申請がありました訪問介護等利用者負担額については、  
次のとおり決定しましたので通知します。

決定年月日	年 月 日		
被保険者氏名		被保険者番号	
決定事項	<input type="checkbox"/> 給付する <input type="checkbox"/> 不給付		
不給付の理由			

問い合わせ先

（教示）

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、滝沢市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、滝沢市を被告として（訴訟において滝沢市を代表する者は滝沢市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第3号（第4条、第6条関係）  
 様式第3号（第4条、第6条関係）

訪問介護等利用者負担額減額認定証 (障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置)	
交付年月日 年 月 日	
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所 滝沢市
	フリガナ
	氏名
生年月日	性別
介護保険被保険者番号	
適用年月日	年 月 日 から
有効期限	年 月 日 まで
減額内容 (給付率)	
発行機関名 及び印	岩手県滝沢市

(表)

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。  
 (訪問介護等のサービスの利用者負担額は、全額免除になります。)
- 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、又は減額の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市  
 長に返してください。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、市長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  
 ることがあります。

(裏)

様式第4号（第5条関係）  
 様式第4号（第5条関係）

訪問介護等利用者負担額減額償還払申請書  
 (障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置)

( 年 月分)

フリガナ				保険者番号	.....
被保険者氏名				被保険者番号	
個人番号	.....	.....	.....		
生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女
住所	〒				電話番号
支払額合計	円			うち利用者負担額減額分	円
滝沢市長 様 上記のとおり関係書類を添えて訪問介護等利用者負担額減額分の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 印					
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金		
	.....	.....	2 当座預金		
	フリガナ 口座名義人	.....			
受領委任	上記給付費の受領の権限を				に委任します。 印
被保険者氏名					

注意 この申請書に該当月分の領収証及び、サービス提供証明書を添付してください。

市記入欄

保険料納付状況	サービス 提供証明書 確認欄	備 考
未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		