

## 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度（令和7年度）

### ● 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度とは

生計が困難な人を対象に、社会福祉法人等が提供する次の介護保険サービスを利用されたときに、利用者負担が軽減される制度です。

訪問介護 介護予防型訪問サービス ターミナル支援型訪問サービス 夜間対応型訪問介護	通所介護 介護予防型通所サービス 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 地域密着型通所介護
短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護

### ● 対象者となる人の要件

加古川市介護保険の被保険者で次のすべての要件を満たす人です。

- ①世帯全員が市・県民税非課税であること
- ②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
  - ・収入の中には、「障害年金」、「遺族年金」、「老齢福祉年金」、「恩給」、「利子」、「親族等からの仕送り」等、あらゆる収入が含まれます。
- ③預貯金などの額が単身世帯で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
- ④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
- ⑤市町村・県民税が課税されている親族などに扶養されていないこと
  - ・市町村・県民税が課税されている親族等と生計を共にしていないこと
  - ・市町村・県民税が課税されている親族等と同居していないこと
  - ・親族等の市町村・県民税における扶養親族となっていないこと
- ⑥介護保険料を滞納していないこと

### ● 申請に必要なもの

#### （1）令和7年中の収入の金額を確認できる書類

例：年金等が振り込まれている口座の通帳の写し（令和7年1月1日～令和7年12月31日までの年金等の額、口座名義人及び口座番号等がわかるページ）及び源泉徴収票

#### （2）預貯金等の金額を確認できる書類

例：預貯金通帳の写し（最新の預貯金残高、口座名義人、口座番号及び定期預金等がわかるページ）、有価証券等を保有していることが確認できる書類の写し

- ※1 世帯全員のものがが必要です。また、複数の通帳をお持ちの場合、すべて提出していただく必要があります。（申請前に最新の預貯金残高が確認できるよう、記帳をお願いいたします。）
- ※2 預貯金通帳について、複数の入出金が一括して記帳されている場合は、各金融機関が発行する内訳明細書の写しが必要です。
- ※3 生活保護を受給している人は（1）、（2）の書類の代わりに、福祉事務所の発行する「生活保護受給証明書」が必要です。
- ※4 書類がそろわない場合は、加古川市介護保険課へご相談ください。

## ● 軽減対象となる費用・減額割合

軽減対象サービス（※1参照）	軽減対象費用	減額割合		
		生活保護 受給者	老齢福祉 年金受給者	一般
・訪問介護 ・介護予防型訪問サービス ・ターミナル支援型訪問サービス ・夜間対応型訪問介護	利用者負担額 （1割負担分）	—	50%	25%
・通所介護 ・介護予防型通所サービス ・（介護予防）認知症対応型通所 介護 ・地域密着型通所介護	利用者負担額 （1割負担分）	—		
	食費	—		
・（介護予防）短期入所生活介護 （※2参照）	利用者負担額 （1割負担分）	—		
	食費	—		
	滞在費	100%		
・介護老人福祉施設 ・地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護  （いずれも※2、※3、※4参照）	利用者負担額 （1割負担分）	—		
	食費	—		
	居住費	100%		
・（介護予防）小規模多機能型居 宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護  （いずれも※3参照）	利用者負担額 （1割負担分）	—		
	食費	—		
	宿泊費	—		
・定期巡回・随時対応型訪問 介護看護（※3参照）	利用者負担額 （1割負担分）	—		

- ※1 軽減の対象となるサービスは都道府県及び市町に利用者負担軽減制度の実施を申し出た社会福祉法人等が提供するサービスに限られます。軽減を実施していない法人もありますので、サービス利用時に事業所・施設へ直接ご確認ください。
- ※2 平成27年8月から、介護保険負担限度額認定の対象とならない人は、軽減対象費用が利用者負担額（1割分）のみとなります。
- ※3 利用者負担額（1割負担分）については、軽減されない場合があります。
- ※4 平成12年3月31日以前から特別養護老人ホームに入所されていて、利用者負担が5%以下でユニット型個室に入所している人は、軽減対象費用が居住費のみとなります。

申請・お問合せは加古川市介護保険課（電話 079-427-9123）へ