

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、指定認知症対応型共同生活介護事業所（以下「事業所」という。）を利用する低所得の要介護者等の経済的負担を軽減するため、利用者の家賃等の軽減を実施する事業者に対し、予算の範囲内で交付する助成金の交付に関し、上越市補助金交付規則（昭和46年上越市規則第56号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「家賃等」とは、事業所において介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護又は法第8条の2第15項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている利用者の家賃、食材料費及び光熱水費をいう。

(助成対象事業者)

第3条 助成金の交付を受けることができる事業者（以下「助成対象事業者」という。）は、法第42条の2第1項又は第54条の2第1項の規定により市長の指定を受けて認知症対応型共同生活介護の事業を行う法人で、当該指定に係る事業を行う事業所において次条に規定する利用者（以下「利用者」という。）に係る家賃等の軽減を実施するものとする。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、次の各号に掲げる家賃等の額の区分に応じ、当該各号に定める額とする。ただし、利用者の1か月に満たない期間の利用に係る家賃等を軽減する場合の助成金の額は、市長が別に定める。

(1) 家賃等の1か月の額が7万円を超える場合 次に掲げる利用者の区分に応じ、次に定める額の合計額とする。

ア 年間の合計所得金額及び課税年金収入額の合計額（以下「合計所得金額等」という。）に年間の非課税年金収入額を加えた額が80万円以下の人（以下「利用者負担第2段階Aの人」という。） 家賃等の1か月の額で4万5,000円を超えた額のうち、事業者が軽減した額。ただし、4万5,000円を上限とする。

イ 合計所得金額等が80万円以下の人のうち、合計所得金額等に年間の非課税年金収入額を加えた額が80万円を超えるもの（以下「利用者負担第2段階Bの人」という。） 家賃等の1か月の額が4万5,000円を超えた額のうち、事業者が軽減した額。ただし、3万5,400円を上限とする。

ウ 合計所得金額等が80万円を超える人（以下「利用者負担第3段階の人」という。） 家賃等の1か月の額が4万5,000円を超えた額のうち、事業者が軽減した額。た

だし、4万5,000円を上限とする。

(2) 家賃等の1か月の額が7万円以下の場合 次に掲げる利用者の区分に応じ、次に定める額の合計額とする。

ア 利用者負担第2段階Aの人 家賃等の1か月の額で3万5,000円を超えた額のうち、事業者が軽減した額。ただし、2万5,000円を上限とする。

イ 利用者負担第2段階Bの人 家賃等の1か月の額が3万5,000円を超えた額のうち、事業者が軽減した額。ただし、1万5,400円を上限とする。

ウ 利用者負担第3段階の人 家賃等の1か月の額が3万5,000円を超えた額のうち、事業者が軽減した額。ただし、2万5,000円を上限とする。

(軽減認定者)

第5条 助成対象事業者が家賃等を軽減する利用者は、本市が行う介護保険事業の被保険者のうち、次の各号のいずれにも該当する人として市長が認定したもの（以下「軽減認定者」という。）とする。

(1) 法第41条第1項に規定する要介護被保険者又は法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者で、その属する世帯の世帯員（以下「世帯員」という。）の全員の市町村民税が非課税であるもの

(2) 世帯員の年間の収入の合計額が単身世帯にあつては150万円、単身世帯以外の世帯（以下「複数世帯」という。）にあつては150万円に世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下の人

(3) 世帯員が所有する現金、預貯金及び有価証券の合計額が単身世帯にあつては350万円、複数世帯にあつては350万円に世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下の人

(4) 世帯員が所有する固定資産（居住の用に供している土地及び家屋並びに償却資産を除く。）に係る固定資産課税台帳に記載される評価額の合計額が1,000万円以下の人

(5) 世帯員でない市町村民税が課されている人（以下「他世帯課税者」という。）の扶養親族となっていない人

(6) 他世帯課税者が加入する医療保険において被扶養者となっていない人

(7) 本市が課する介護保険料を滞納していない人

(8) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けていない人

(9) 法第67条から第69条までに規定する保険給付の制限の措置を受けていない人

(軽減認定者の認定手続)

第6条 前条の軽減認定者の認定を受けようとする人は、上越市認知症対応型グループホー

ム利用者負担軽減認定者証交付申請書（第1号様式）に収入申告書（第2号様式）、資産申告書（第3号様式）及び年金の情報提供に関する同意書（第4号様式）を添えて市長に申請しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、これを審査し、当該申請者が軽減認定者であると認めるときは、上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付通知書（第5号様式）により通知するとともに、上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証（第6号様式。以下「軽減認定者証」という。）を交付し、当該申請者が軽減認定者でないと認めるときは、上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請却下通知書（第7号様式）により通知するものとする。

（軽減認定者の認定の取消し）

第7条 市長は、軽減認定者証を交付した後に、軽減認定者でないことが明らかになった場合は、認定を取り消すものとする。ただし、市長が必要と認める場合は、軽減認定者でないことが明らかになった日の属する月の翌月から認定を取り消すものとする。

（軽減認定者証の有効期間）

第8条 軽減認定者証の有効期間は、8月1日から翌年7月31日までとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、最初に交付される軽減認定者証の有効期間は、交付を申請した日の属する月の初日から最初に到来する7月31日までとする。

（軽減認定者証の更新）

第9条 軽減認定者は、軽減認定者証の更新を希望するときは、毎年5月1日から7月31日までの間に市長に申請しなければならない。

- 2 第6条の規定は、軽減認定者証の更新について準用する。

（軽減認定者証の再交付）

第10条 軽減認定者は、軽減認定者証を破損し、汚損し、又は紛失し、再交付を受けようとするときは、上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証再交付申請書（第8号様式）により市長に申請しなければならない。

（軽減認定者証の返還）

第11条 軽減認定者は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに軽減認定者証を市長に返還しなければならない。

- (1) 本市が行う介護保険事業の被保険者の資格を喪失したとき。
- (2) 法第41条第1項に規定する要介護被保険者又は法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者でなくなったとき。
- (3) その他市長が返還すべき理由があると認めるとき。

2 市長は、軽減認定者が次の各号のいずれかに該当するときは、軽減認定者証を返還させることができる。

(1) 軽減認定者証を他人に譲渡し、又は貸与したとき。

(2) 詐欺その他不正な行為により軽減認定者証の交付を受けたと認められるとき。

(軽減実施の手続)

第12条 家賃等の軽減を実施しようとする助成対象事業者は、あらかじめ軽減認定者ごとに作成した上越市認知症対応型グループホーム家賃等確認書（第9号様式）を市長に提出しなければならない。確認書の記載内容に変更があった場合も、同様とする。

2 助成対象事業者は、軽減認定者から軽減認定者証の提示を受け、家賃等の軽減を実施するものとする。

(助成の手続)

第13条 前条第2項の軽減を実施した助成対象事業者は、助成金の交付を受けようとするときは、市長が別に定める日までに、上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付申請書兼請求書（第10号様式）に市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、これを審査し、助成金の額を決定したときは、上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付決定通知書（第11号様式）により事業所に通知するものとする。

(他の法令等による助成等との調整)

第14条 他の法令等の規定による家賃等に対する助成、その他これに類する給付がある場合における当該助成等及びこの要綱の規定による助成に関する調整は、市長が別に定める。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、平成25年7月1日から実施し、同日以後に行われる家賃等の軽減に係る助成金の交付について適用する。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成26年7月1日から実施する。

(経過措置)

2 改正後の上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付要綱の規定は、平成26年7月分以後の事業所の利用に係る助成金の交付について適用し、同年6月分以

前の事業所の利用に係る助成金の交付については、なお従前の例による。

- 3 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付要綱に規定する様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付要綱に規定する様式の相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成27年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付されている軽減認定者証の有効期間は、平成26年7月1日（最初に交付された軽減認定者証にあっては、交付を申請した日の属する月の初日）から平成27年7月31日までとする。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成28年1月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付要綱に規定する様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付要綱に規定する様式の相当する様式として使用することができる。

第1号様式（第6条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請書

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				個人番号																
要介護認定区分	要支援2 ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）																				
入居（予定）事業所																					
世帯構成 （被保険者を除く。）	世帯員	氏名	生年月日	被保険者との関係	個人番号																
			・	・																	
			・	・																	
			・	・																	
			・	・																	
<p>上記のとおり上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>(宛先) 上越市長</p>																					
<p>認定の審査のため、課の職員が世帯員の市民税及び固定資産税の課税台帳を <input type="checkbox"/>承諾します。 閲覧することを <input type="checkbox"/>承諾しません。</p> <p>住所</p> <p>氏名 ㊟</p>																					
<p>注 承諾しない場合は、世帯員の 年中の収入額を証明するもの（所得証明、課税証明等）及び世帯員が所有する土地及び家屋の 年度の評価額を証明するもの（資産証明等）を添付してください。</p>																					

収入申告書

年 月 日

（宛先）上越市長

住 所

氏 名

次のとおり 年の私の世帯の収入を申告します。

1 働いて得た収入

有 ・ 無	働いている人の 氏名	申請者との 続柄	仕事の内容、勤務 先（会社名）等	収入額（円）	必要経費（円）

備考

- 給与、賃金、農業その他の収入の種類ごとに、全ての収入を記入してください。
- 「必要経費」欄には、収入を得るために必要な交通費、材料費、仕入代、社会保険料等の総額を記入してください。
- 収入の内容を証明する書類（給与の源泉徴収票、確定申告書の写し等）を添付してください。

2 年金、恩給等による収入

有 ・ 無	年金・恩給等を受けている 人の氏名及び基礎年金番号	申請者との 続柄	受けている年金、恩 給等の種類及び支払者	収入額（円）
		氏名		種類
基礎年金番号		支払者		
	氏名		種類	
	基礎年金番号		支払者	
	氏名		種類	
	基礎年金番号		支払者	
	氏名		種類	
	基礎年金番号		支払者	

備考

- 国民年金、厚生年金、恩給、障害者年金その他非課税年金を含めて種類ごとに全ての収入を記入してください。
- 収入の内容を証明する書類（公的年金等の源泉徴収票、支払通知書又は振込先口座の預金通帳及び貯金通帳の写し等）を添付してください。
- 年金の支払者は、年金証書を確認してください。

(裏面)

3 配偶者の状況

有 ・ 無 ・ 離別 ・ 死別	氏名：	生年月日：	離別日又は死別日：
	年金受給の有無： 有 ・ 無		
	年金の種類： 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 農業者年金 その他（ ）		

4 仕送りによる収入

有 ・ 無	仕送りした人		収入額(円)
	住所		
無	氏名		
	住所		
	氏名		

5 その他の収入

有 ・ 無	区 分	内 容	収入額(円)
	生命保険等の給付金		
	財産収入 (土地、家屋の賃貸料等)		
	そ の 他		

備考 収入の内容を証明する書類を添付してください。

6 扶養の状況

(1) 申請者が他の世帯に属する人で市町村民税の課税を受けている人の 年分の扶養控除の申告において <input type="checkbox"/> 扶養親族となっている。 (扶養者 住所) 氏名 申請者との続柄) <input type="checkbox"/> 扶養親族となっていない。
(2) 申請者が他の世帯に属する人で市町村民税の課税を受けている人の加入する医療保険において <input type="checkbox"/> 被扶養者となっている。 (扶養者 住所) 氏名 申請者との続柄) <input type="checkbox"/> 被扶養者となっていない。

(記入上の注意)

- 収入の種類ごとに、その有無について○で囲んでください。「有」を○で囲んだ場合は、その右欄も記入してください。
- 記入欄が足りない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上、添付してください。

第3号様式（第6条関係）

（表面）

資 産 申 告 書

年 月 日

（宛先）上越市長

住 所
氏 名

次のとおり私の世帯の資産の保有状況を申告します。

1 不動産（上越市外に所有するもの）

(1) 土地

区 分	地 積	所有者氏名	所 在 地	年度 評価額	抵当権
宅 地	有・無 m ²			円	有・無
田	有・無 m ²			円	有・無
畑	有・無 m ²			円	有・無
山 林	有・無 m ²			円	有・無
その他	有・無 m ²			円	有・無

(2) 家屋

区 分	床面積 (延)	所有者氏名	所 在 地	年度 評価額	抵当権
居住用	有・無 m ²			円	有・無
その他	有・無 m ²			円	有・無

備考

- 1 上越市外に所有する土地及び家屋についてのみ記入してください。
- 2 年度の評価額を証明する書類（資産証明等）を添付してください。

(裏面)

2 現金、預貯金、有価証券

(1) 現金

	保有している人	金額
有・無		円
		円
		円

(2) 預貯金

	金融機関名	口座番号	口座名義人	金額
有・無				円
				円
				円

備考 預金通帳及び貯金通帳の写し（ 年1月1日以降の出し入れが記載された部分）及び定額預金及び定額貯金の証書の写しを添付してください。

(3) 有価証券

	種類	額面	評価概算額
有・無		円	円
		円	円
		円	円

備考 「種類」欄に株券、国債等の別を記入し、「評価概算額」欄には、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。

(記入上の注意)

- (1) 資産の種類ごとに、その有無について○で囲んでください。「有」を○で囲んだ場合は、その右欄も記入してください。
- (2) 同じ種類の資産を複数保有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 記入欄が足りない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上、添付してください。

第4号様式（第6条関係）

年金の情報提供に関する同意書

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請に伴い、必要があるときは、私及び私の世帯員の年金の受給状況について、上越市が関係機関に対し報告を求めらるることに同意します。

また、上越市からの関係機関に対する報告要求に対し、関係機関が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を関係機関に伝えて構いません。

○関係機関（年金支給機関）

○提供内容

- 1 年金の種類
- 2 年金に係る課税の有無
- 3 受給年金額（_____年分）

年 月 日

住所

本人氏名

㊞

世帯員氏名

㊞

世帯員氏名

㊞

世帯員氏名

㊞

世帯員氏名

㊞

電話番号

(宛先) 上越市長

第5号様式（第6条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付通知書

第 号
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付で上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請について、認定することを決定したので、別添の上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証を交付します。詳細は認定証を確認してください。

なお、この軽減認定者証を交付した後に、軽減認定者でないことが明らかになった場合は、認定を取り消す場合があります。

第6号様式（第6条関係）

（表面）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証			
交付年月日		年 月 日	
認定番号（確認番号）			
受 給 者	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
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	
軽減額 ※詳細は裏面参照		家賃等の月額が7万円 以下の場合	家賃等の月額が7万円 を超える場合
区分	利用者負担 第 段階	(上限 円/月)	(上限 円/月)
発行機関及び印		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">上越市 印</p>	

（裏面）

注 意 事 項
<p>1 （介護予防）認知症対応型グループホーム（市が指定した施設に限ります。以下同じ。）でサービスを受けるときは、必ず事前に、この証を施設に提出してください。</p> <p>2 （介護予防）認知症対応型グループホームを利用した場合は、家賃等の額（家賃、食材料費及び光熱水費の合計額）が表面に記載されている軽減額のとおり軽減されます。</p> <p>3 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、軽減認定者に該当しなくなったとき又は軽減認定者証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返還してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>4 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。</p> <p>5 不正にこの証を使用した人は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>6 この軽減認定者証を交付した後に、軽減認定者でないことが明らかになった場合は、認定を取り消す場合があります。</p>

第7号様式（第6条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付けで申請のあった上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証の交付について、次の理由により申請を却下することを決定したので、通知します。

理由

第8号様式（第10条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証再交付申請書

認定番号 (確認番号)		被保険者氏名	
被保険者番号		生 年 月 日	年 月 日
個人番号			
再交付申請の 理由			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

申請者 氏 名

電話番号 ()

(宛先) 上越市長

備考

- 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載してください。
- 2 破損し、又は汚損した場合は、当該軽減認定者証を添えて提出してください。
- 3 紛失した軽減認定者証を発見したときは、速やかに返還してください。

第9号様式（第12条関係）

上越市認知症対応型グループホーム家賃等確認書

年 月 日

（宛先）上越市長

利用者の家賃等の額は次のとおりです。

1 法人

法人名			
法人代表者氏名	フリガナ		
	⑩		
所在地	〒 電話番号		

2 事業所

事業所番号			
事業所名			
事業所代表者氏名			
所在地	〒 電話番号		

3 利用者

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

4 家賃・食材料費・光熱水費の額（単価）

家賃	<input type="checkbox"/> 月額	<input type="checkbox"/> 日額	円
食材料費	<input type="checkbox"/> 月額	<input type="checkbox"/> 日額	円
光熱水費	<input type="checkbox"/> 月額	<input type="checkbox"/> 日額	円

5 その他

利用日数が1か月に満たない場合において、4に記載した額（単価）と異なる取扱いがされるとき、その他付記すべき事項があれば、記入してください。

- ※ 本確認書に利用契約書の写しを添付し、利用者ごとに1部提出してください。
- ※ 記載内容に変更が生じた場合は、本確認書と利用契約書の写しを再度、提出してください。

第10号様式（第13条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 上越市長

所在地

名称

代表者名

㊟

次のとおり上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金の交付を申請します。

申請金額合計	円							
受領方法								
□ 口座払い	金融機関				支店名			
	口座番号	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義人							
□ 窓口払い	支払場所 上越市役所内 第四銀行上越市役所出張所窓口							

備考

- この申請書の裏面に軽減認定者ごとに月ごとの家賃等の内訳と軽減額を記入し、軽減認定者に請求した利用料の請求書の写しを添付してください。
- あらかじめ、軽減認定者ごとに作成した上越市認知症対応型グループホーム家賃等確認書（第9号様式）を提出してください。

上越市記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

第9号様式	請求書 確認欄	保険料滞納	備考
1 有		1 有	
2 無		2 無	

(裏面)
月別内訳書 (年度)

軽減認定者一覧

(被保険者番号) 氏名	認定番号・ 区分	サービス 提供月	家賃等の合計額及び内訳 (円)			軽減額 (円)
			家賃 (円)	食材料費 (円)	高熱水費 (円)	
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
合計						円

備考 認定番号・区分の欄には、上越市が軽減認定者に交付した「上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証」の内容を記入してください。

第11号様式（第13条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付で申請のあった上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金の交付について、次のとおり決定したので通知します。

助成金の額	円（ 年 月分）
-------	----------