

8. 特別な事情による利用者負担の減免制度

(1) 制度の概要

震災、風水害、火災などの災害により、世帯の生計中心者の所有する住宅・家財に著しい被害を受けた場合や、失業など特別な事情で所得が著しく減少したことにより、介護保険サービスの利用者負担額の支払いが困難になったときは、その被害の程度や収入の状況に応じて、利用者負担額の軽減や免除を受けられる場合があります。

(2) 対象となるサービス ※食費・部屋代・日常生活費などは除きます。

- ・居宅介護（介護予防）サービス
- ・地域密着型（介護予防）サービス
- ・施設サービス
- ・居宅介護（介護予防）福祉用具購入
- ・居宅介護（介護予防）住宅改修
- ・介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービス（指定型のみ）
- ・介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービス

(3) 対象となる場合

- ① 世帯の生計を主として維持する方が、震災・風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた場合（※）
※店舗など自己の居住用以外の住宅について 30%以上の損害を受けていても、自己の居住住宅に損害がない場合は減免・猶予の対象となりません。
- ② 世帯の生計を主として維持する方の収入が、事業の休廃止や失業、生計維持者の死亡により収入が著しく減少した場合

(4) 減免割合

① 地震・火災等により被災した場合

本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額	損害割合	給付率		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
300万円未満	70%以上	100/100（全額免除）		
	50%以上 70%未満	97/100	94/100	91/100
	30%以上 50%未満	95/100	90/100	85/100
	30%未満	93/100	86/100	79/100

② 住宅の床上浸水により被災した場合

本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額	給付率		
	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
300万円未満	95/100	90/100	85/100

③収入減少事情のある場合

生計中心者の 前年の段階 判定所得金額	減少後の 収入額	前年所得に対する 減少割合	給付率		
			1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
350 万円以上 450 万円以下	生活保護 基準に 1.2 を乗 じて得た 額以下で あるとき	70%以上	93/100	86/100	79/100
250 万円以上 350 万円未満		70%以上	95/100	90/100	85/100
		50%以上 70%未満	93/100	86/100	79/100
150 万円以上 250 万円未満		70%以上	97/100	94/100	91/100
		50%以上 70%未満	95/100	90/100	85/100
		30%以上 50%未満	93/100	86/100	79/100
150 万円未満		70%以上	100/100 (全額免除)		
		50%以上 70%未満	97/100	94/100	91/100
		30%以上 50%未満	95/100	90/100	85/100
		30%未満	93/100	86/100	79/100

(5) 申請方法等

- ◇ 申請書及び必要書類を藤沢市に提出してください。
- ◇ 有効期間は、原則、申請日の属する月の1日から7月31日までです。

(6) 必要書類

① 災害による損害があった場合

- ・介護保険利用者負担額減額・免除申請書
- ・介護保険利用者負担減額・免除申請 同意書
- ・介護保険被保険者証
- ・り災証明書の写し
- ・その他災害の状況を明らかにする書類等

② 生計中心者の収入が著しく減少した場合

- ・介護保険利用者負担額減額・免除申請書
- ・介護保険利用者負担減額・免除申請 同意書
- ・介護保険被保険者証
- ・収入減少の要因の分かるもの

〔 事業の休廃止・失業の場合（廃業証明書、離職証明書等）
死亡・長期入院・心身に重大な障害を受けた場合（診断書等） 〕

- ・収入の状況を明らかにする書類

〔 前年度の収入の分かるもの（前年の確定申告書の写し、年金受給通知、預金通帳の写し等）
収入減少の要因にあたる事由発生前までに得た収入を証明する書類（源泉徴収票等） 〕

(7) 受付窓口及び受付時間

- ◇ 介護保険課

平日 8時30分から12時00分まで

13時00分から17時00分まで

※市民センター・公民館の地区福祉窓口では受付していません。

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

被保険者本人の住所・氏名・電話番号 を記入してください。		20××年 〇〇月 〇〇日	
被保険者の情報を記入し てください。		住所 藤沢市朝日町1番地の1 申請者氏名 藤沢 介護 電話番号 0466-25-1111	
次のとおり利用者負担額の減免を申請します。			
減免の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 減 額 <input type="checkbox"/> 免 除		
被 保 険 者	氏名	フリガナ フジサワ カイゴ 藤 沢 介 護	被保険者番号 0000123456 個人番号
	生年月日	明・大・ 昭 〇〇年 〇月 〇日	
	住所	〒 251-0000 藤沢市朝日町1番地の1 電話番号 0466-25-1111	
	減免申請理由	・台風〇〇号により、住宅が罹災したため。	
生計中心者の氏名	藤沢 太郎	減免を受ける理由を記入してください。	
生計中心者の前年所得金額	2,800,000円		
損害の程度	<input type="checkbox"/> 70パーセント以上 <input checked="" type="checkbox"/> 50パーセント以上70パーセント未満 <input type="checkbox"/> 30パーセント以上50パーセント未満 <input type="checkbox"/> 30パーセント未満		
添付書類	罹災証明書		
上記の申請について、次のとおり決			
課長	課長補佐	主査	担
災害等により被害を受けた場合はその損害の程度について、該当するものに☑をしてください。 収入減少による場合は、前年の所得に対する減少の程度について、該当するものに☑をしてください。			
該当区分	<input type="checkbox"/> 藤沢市介護保険条例施 <input type="checkbox"/> 非該当		
決定区分	<input type="checkbox"/> 免除する。 <input type="checkbox"/> 減額する（ パーセント）。 <input type="checkbox"/> 免除しない。 <input type="checkbox"/> 減額しない。		

藤沢市長

介護保険利用者負担減額・免除申請 同意書

この申請に係る資格要件を確認するため、市で保管する住民記録情報、市町村民税課税情報及びその他受給可否に必要な情報について、市長が利用することに同意します。

年 月 日

被保険者 住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : _____

被保険者番号 : _____

電話番号 : _____