

## 新潟市障がい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 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）の円滑な実施を図るため、障がい者施策によるホームヘルプサービス事業を利用していた低所得の障がい者であって、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じることにより、法第8条第2項に規定する訪問介護、法第8条第16項に規定する夜間対応型訪問介護または法第115条の45第1項に規定する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 本事業の対象者は、障がい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であって、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年間に障がい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。）を利用していたものであって、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歳までのもの。

### (軽減割合)

第3条 本事業の対象者の軽減後の利用者負担割合は、0%（全額免除）とする。

### (申請)

第4条 訪問介護等の利用者負担額の軽減を受けようとするもの（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（別記様式第1号）により、次の各号に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 介護保険被保険者証
- (2) 身体障がい者手帳、療育手帳または精神障がい者保健福祉手帳
- (3) 収入等申告書
- (4) その他必要な書類等

### (利用者負担額減額決定通知書の交付)

第5条 市長は、前条に規定する申請があったときは、その内容を審査し、訪問介護等利用者負担額減額決定通知書（別記様式第2号）により申請者に決定内容（承認・非承認）を通知するものとする。

- 2 市長は、前条の規定により利用者負担の減額を承認したもの（以下「認定者」という。）

に対し、訪問介護等利用者負担額減額認定証（別紙様式第3号。以下「認定証」という。）を交付するものとする。

（認定証の有効期限）

第6条 認定証の有効期限は、認定証を交付した月の属する年度の翌年度（認定証を交付した月が4月から7月までの場合にあっては、当該月の属する年度）の7月31日までとする。

（認定証の更新等）

第7条 認定者であって有効期限後においても認定証の交付が必要なものは、当該有効期限内までに第4条に基づく申請をしなければならない。

2 前項に基づく認定証の交付については、第5条の規定を準用するものとする。

（再認定の特例）

第8条 前条の規定により更新申請したものが、第2条の要件に該当しなくなったことにより更新認定できないときは、その翌年度以降要件に該当したとしても本事業の対象として再認定しない。

（認定証の提示）

第9条 認定者は、訪問介護等のサービスを受けるときは、当該事業者に認定証を提示しなければならない。

（認定証の再交付）

第10条 認定者は、認定証をき損し、汚損し、若しくは紛失したときは、訪問介護等利用者負担額減額認定証再交付申請書（別記様式第4号）を市長に提出し、認定証の再交付を受けなければならない。

（届出義務者）

第11条 認定者は、氏名又は住所に変更があったときは、速やかに訪問介護等利用者負担額減額認定証変更・返還届出書（別記様式第5号。以下「届出書」という。）に認定証を添えて市長に届け出なければならない。

2 認定者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、速やかに届け出るとともに、認定証を返還しなければならない。

（1）要介護又は要支援認定者でなくなった場合

（2）市外転出した場合

（3）認定要件に該当しなくなった場合

（4）死亡した場合

（不正行為の禁止）

第12条 市長は虚偽その他不正な行為があったときは、既に助成を受けた額の全部又は

一部を返還させることができる。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定めるものとする。

附則

(施行期日)

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

訪問介護等利用者負担額減額申請書

（宛先）新潟市長

年 月 日

次のとおり訪問介護等利用者負担額の減額について申請します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
本人又は申請代理人 氏名（自署）		性別		本人との関係	
申請代理人住所	〒 電話番号				

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
	住所	〒 電話番号		

申請理由	身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有（ 級 No. ） <input type="checkbox"/> 無			
------	--	--	--	--

世 帯 構 成	世帯主	氏 名	生年月日	性 別	生計中心者
			年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>
	世帯員		年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>
			年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/>

注 該当する項目の口にレ印をつけてください。

利用者負担額の減額のために必要がある場合は、市が私（対象者本人）および私の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。

本人又は申請代理人氏名（自署）

様

新潟市長

印

## 訪問介護等利用者負担額減額決定通知書

年 月 日にあなたが行った訪問介護等利用者負担額減額申請について、以下のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者名	
--------	--	-------	--

決定年月日	年 月 日	決定事項	承認（非承認）
-------	-------	------	---------

## 現在の軽減決定事項

適用年月日及び有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで
軽減割合	
確認番号	

## 今回決定した軽減決定事項

適用年月日及び有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで
軽減割合	
確認番号	

## 承認しない理由

--

問い合わせ先  
所在地  
電話番号

## 不服の申立

上記の決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して、3か月以内に新潟市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この決定の取消しの訴えは、この決定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、新潟市（訴訟において新潟市を代表する者は、市長となります。）を被告として提起することができます。ただし、異議申立てを行った場合は、この決定の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌月から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

訪問介護等利用者負担額減額認定証

（障がいホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業）

交付年月日 年 月 日

被 保 険 者	番号			
	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	
	適用年月日	年 月 日		
	有効期限	年 月 日		

利用者負担額  
軽減割合

100/100

保険者番号並び  
に保険者の名称  
及び印

新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
電話（025）228-1000（大代表）

新潟市

印

注意事項

- 1 訪問介護、~~介護予防訪問介護~~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。）を受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。
- 2 訪問介護等のサービスを利用した場合は、利用者負担額が前面に記載されている軽減割合により減額されます。
- 3 被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の要件に該当しなくなったときは、速やかに新潟市に返還してください。
- 4 この証の記載事項に変更があったときは、速やかに新潟市に届け出てください。
- 5 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。

確認番号

--	--	--	--	--	--	--	--

別記様式第4号（第9条関係）

訪問介護等利用者負担額減額認定証再交付申請書

年 月 日

（宛先）新潟市長

下記のとおり訪問介護等利用者負担額減額認定証の再交付を申請します。

被保険者番号		個人番号	
申請者氏名 （被保険者）		生年月日	年 月 日
住所			性別 男・女
確認番号		電話番号	
再交付理由			

別記様式第5号（第10条関係）

訪問介護等利用者負担額減額認定証変更・返還届出書

年 月 日

（宛先）新潟市長

下記のとおり届け出ます。

届出者氏名 （被保険者）		生年月日	年 月 日
住所			性別 男・女
確認番号		電話番号	
変更等年月日	年 月 日		
届出事項 （番号に○を付けて下さい）	1 氏名変更 2 住所変更 3 要介護（要支援）認定者でなくなった。 4 市外転出 5 死亡 6 その他 ※ 訪問介護等利用者負担額減額認定証を添えてください。		
変更内容	旧	新	