

## 生計困難者等に対する利用者負担額の軽減について

生計困難者等に対する軽減を実施している事業所で、対象サービスを利用した場合、一定要件に該当する方は申請することにより、生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証が発行され、事業所に提示することで利用者負担額（介護費負担・食費・居住費）が軽減されます。

### 1 対象者

本事業の対象者は、生活保護受給者又は次の要件を全て満たす方です。

- (1) 世帯員全員が住民税非課税であること
- (2) 年間収入及び預貯金等の額が基準額以下であること

世帯構成	年間収入	預貯金等の額
1人世帯	150万円	350万円
2人世帯	200万円	450万円
以降1人追加ごとに	50万円を加えた額	100万円を加えた額

※年間収入には障害年金や遺族年金、仕送り、恩給、障害者手当等も含まれた額になります。

- (3) 日常生活に利用する資産以外に活用できる資産がないこと
- (4) 住民税課税者となっている親族等に扶養されていないこと
- (5) 介護保険料を滞納していないこと

### 2 軽減を受けることができる介護保険サービス事業所

軽減を受けることができる事業所は東京都福祉局ホームページをご確認ください。

東京都福祉局のホームページ>分野からのご案内「高齢者」>介護保険>  
東京都介護サービス情報>事業者に関する情報（指定状況、負担軽減等）>  
生計困難者等に対する利用者負担額軽減事業

### 3 対象となるサービス種類

- |   |                    |             |
|---|--------------------|-------------|
| ① 訪問介護  | ② (予防) 訪問入浴介護      | ③ 通所介護      |
| ④ (予防) 短期入所生活介護   | ⑤ (予防) 短期入所療養介護    | ⑥ (予防) 訪問看護 |
| ⑦ (予防) 訪問リハビリ   | ⑧ (予防) 通所リハビリ      | ⑨ 夜間対応型訪問介護 |
| ⑩ (予防) 認知症対応型通所介護   | ⑪ (予防) 小規模多機能型居宅介護 |             |
| ⑫ 特別養護老人ホーム   | ⑬ 地域密着型特別養護老人ホーム   |             |
| ⑭ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  | ⑮ 看護小規模多機能型居宅介護    |             |
| ⑯ 地域密着型通所介護   |                    |             |
| ⑰ 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及び第一号通所事業のうち介護予防通所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。） |                    |             |

※老人保健施設（老健）・グループホームは対象になりません。

### 4 申請先

町田市役所いきいき生活部介護保険課給付係（裏面、9問合せ先）

※申請は以下の書類を郵送又は町田市庁舎1階介護保険課窓口に提出してください。

## 5 申請に必要な書類

- (1) 生計困難者に対する利用者負担額軽減対象確認申請書
- (2) 収入及び預貯金等申告書
- (3) 源泉徴収票の写し等収入状況が確認できる書類（本人及び住民票上、同一世帯全員分）
- (4) 資産状況が確認できる書類（本人及び住民票上、同一世帯全員分）

資産種類	提出書類	必要なページ等
預貯金 定期預金	通帳の写し ※1 ※2	銀行名、支店名、口座番号、名義人がわかるページ
		直近2か月間の取引内容と最新の預金残高がわかるページ
		年金がある方は、振り込まれていることが確認できるページ
		※通帳が複数ある場合は、全て提出が必要です
その他資産	通帳以外の写し	投資信託や有価証券、金・銀などは、名義人がわかるページ
		直近2か月間の取引金額・時価評価額がわかるページ

※1 インターネット銀行等の場合は、入出金明細のある残高証明書等でもかまいません。

※2 「総合口座通帳」は、定期預金口座の利用の有無にかかわらず定期預金口座の1ページ目の写し（利用がない場合は、余白に「定期なし」と追記）を添付してください。

## 6 軽減割合

軽減を受けられる割合は、対象者の収入状況によって異なりますので、ご確認ください。

軽減区分	介護費（自己負担分）	食費	居住費
生活保護受給者※1	0%	0%	100%
老齢福祉年金受給者	50%	50%	50%
上記以外の対象者	25%	25%	25%

※1 生活保護受給者の場合、軽減の対象になるのは個室利用のみです。

※ 特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホームの利用者で介護保険負担限度額の利用者負担段階が第2段階で軽減を受けている方は食費・居住費負担のみが対象となり、介護費については、高額介護サービス費での返還になります。

## 7 有効期間

本申請の有効期限は、申請月の1日から次の7月31日までとなります。

※8月以降も本制度を継続して利用する場合は、**毎年更新申請が必要**になります。

## 8 注意事項

- (1) 本事業の登録は、各事業所の任意であるため、現在登録されている事業所が登録を廃止した場合、軽減を受けられなくなります。
- (2) 軽減を受ける場合には、必ず確認証を事業所へ提示する必要があります

## 9 問合せ先

町田市役所いきいき生活部介護保険課給付係

【所在】〒194-8520 町田市森野2-2-22 【電話】042-724-4366