

## 社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱

### (目的)

第1 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。）に基づく介護保険サービスを提供する社会福祉法人等が、その社会的な役割に鑑み、本市の介護保険の要介護認定者等であって、生計が困難な者として本市が認めたもの、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る者（以下「生活保護受給者」という。）及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者（以下「支援給付受給者」という。）に、介護保険サービスを提供した社会福祉法人等が当該サービスの利用に伴う利用者負担の一部を軽減した場合、その費用の一部を社会福祉法人等に助成することにより、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とする。

### (対象事業者)

第2 利用者負担の一部軽減（以下「軽減」という。）を行う対象事業者は、軽減を行うことを大阪府及び茨木市に申し出た社会福祉法人等とする。

### (対象サービス)

第3 軽減の対象となる介護保険サービス（以下「軽減対象サービス」という。）は、第2に規定する対象事業者が実施する次の各号に掲げるものとする。

- (1) 介護福祉施設サービス
  - (2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
  - (3) 訪問介護
  - (4) 夜間対応型訪問介護
  - (5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
  - (6) 通所介護
  - (7) 地域密着型通所介護
  - (8) 認知症対応型通所介護
  - (9) 介護予防認知症対応型通所介護
  - (10) 小規模多機能型居宅介護
  - (11) 介護予防小規模多機能型居宅介護
  - (12) 看護小規模多機能型居宅介護
  - (13) 短期入所生活介護
  - (14) 介護予防短期入所生活介護
  - (15) 第1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。）
  - (16) 第1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。）
- 2 前項の規定にかかわらず、前項第3号、第4号及び第15号の介護保険サービスについては、茨木市訪問介護等利用者負担額減額補助要綱（平成19年12月3日実施）

に基づく補助を受けたときは、軽減対象サービスから除くものとする。

(対象者)

第4 軽減の対象となる者（以下「軽減対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者のうち生計維持が困難な者として本市が認定したもの、生活保護受給者及び支援給付受給者とする。ただし、旧措置入所者（法の施行日において特別養護老人ホームに老人福祉法（昭和38年法律第133号）による措置により入所している者をいう。以下この項において同じ。）で利用者負担割合が5パーセント以下の者（ユニット型個室の居住者を除く。）については、軽減対象としない。

- (1) 軽減対象者の属する世帯が市民税非課税世帯であること。
- (2) 軽減対象者の属する世帯の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。
- (3) 認定の申請時において、軽減対象者の属する世帯の預貯金等の額が単身世帯で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) 軽減対象者の属する世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。
- (5) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- (6) 負担能力のある親族等の援助が期待できないこと。
- (7) 介護保険料を滞納していないこと。

(軽減内容)

第5 軽減の対象となる費用及び軽減の割合は、別表に掲げる軽減対象者及び軽減対象サービスの区分に応じ、それぞれ同表に定めるとおりとする。

2 市は、大阪府から送付される資料に基づき、軽減を行う社会福祉法人等及び実施する軽減対象サービスの一覧を市の介護保険担当課の窓口に備え置くとともに、利用者、居宅介護支援事業者等に適宜情報提供を行うものとする。

(保険給付との関係)

第6 高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費の支給（以下この項において「高額介護サービス費等の支給」という。）との適用関係については、この要綱に基づく軽減制度の適用をまず行い、軽減制度適用後の利用者負担額に対し、高額介護サービス費等の支給を行うものとする。

- 2 利用者負担第2段階の者のうち、第3第1項第1号に掲げる介護福祉施設サービス及び同項第2号に掲げる地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用に伴う受領委任払いの対象者については、別表に定める軽減対象費用のうち、10パーセントの利用者負担額については、第5第1項の規定にかかわらず、軽減対象費用としない。
- 3 利用者負担第2段階の者のうち、第3第1項第6号に掲げる定期巡回・随時対応型訪問介護看護、同項第12号に掲げる小規模多機能型居宅介護及び同項第14号に掲げる看護小規模多機能型居宅介護の利用者については、別表に定める軽減対象費用のうち、10パーセントの利用者負担額については、第5第1項の規定にかかわらず、軽減対象費用としない。

4 特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費（以下この項において「特定入所者介護サービス費等」という。）との適用関係については、特定入所者介護サービス費等の支給後の利用者負担額について、この要綱に基づく軽減制度の適用を行うものとする。

（申請）

第7 生活保護受給者及び支援給付受給者以外の者で軽減対象者の認定を受けようとするものは、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（様式第1号）に次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) 収入状況等申告書（様式第2号）

(2) 源泉徴収票、恩給支払通知書、年金支払通知書その他の収入を証する書類

(3) 通帳の写し

(4) 医療保険の被保険者証の写し

2 生活保護受給者及び支援給付受給者で軽減対象者の認定を受けようとするものは、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書に次に掲げる書類のいずれかを添えて、市長に申請しなければならない。

(1) 生活保護受給者証の写し

(2) 運転免許証その他の本人確認書類の写し

（認定）

第8 市長は、第7の規定による申請があったときは、その内容を審査し、認定の可否について決定し、社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書（様式第3号。次項において「決定通知書」という。）により申請者に通知する。

2 前項の場合において、生活保護受給者及び支援給付受給者以外の者で軽減対象者と認定されたものについては、決定通知書と併せ、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（様式第4号。第9及び第10において「一般確認証」という。）を交付し、生活保護受給者及び支援給付受給者で軽減対象者と認定されたものについては、決定通知書と併せ、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（様式第5号。第9及び第10において「専用確認証」という。）を交付する。

（確認証）

第9 一般確認証又は専用確認証（以下単に「確認証」という。）の有効期限は、申請のあった日の属する月の初日から当該申請のあった日以後における最初の7月31日までとする。

2 確認証の交付を受けた者は、確認証の記載事項に変更があったときは、当該変更のあった日から起算して14日以内に、当該確認証を添えて市長に届け出なければならない。

（確認証の返還）

第10 生活保護受給者及び支援給付受給者以外の者で一般確認証の交付を受けたものは、次のいずれかに該当したときは、速やかに当該一般確認証を市長に返還しなければならない。

(1) 被保険者の資格を喪失したとき。

(2) 第4各号の要件に該当しなくなったとき。

- (3) 一般確認証の有効期限に至ったとき。
- 2 生活保護受給者及び支援給付受給者で専用確認証の交付を受けたものは、次のいずれかに該当したときは、速やかに当該専用確認証を市長に返還しなければならない。
- (1) 生活保護受給者及び支援給付受給者に該当しなくなったとき。
- (2) 専用確認証の有効期限に至ったとき。
- (利用)
- 第11 軽減対象者は、介護保険サービスの利用に当たり利用者負担の軽減を受けようとするときは、あらかじめ軽減を行う社会福祉法人等に確認証を提示しなければならない。ただし、申請の途中であらかじめ提示することができない場合は、申請の途中である旨又は速やかに申請を行う旨を申し出、確認証が交付された後、速やかに提示しなければならない。
- (利用者負担)
- 第12 軽減対象者は、社会福祉法人等に対し、確認証に記載された軽減率により軽減された額を差し引いた利用者負担額を支払うものとする。
- (不正利得の返還)
- 第13 偽りその他不正の行為によってこの要綱による利用者負担の軽減を受けた者があるときは、市長は、軽減対象者の認定を取り消し、確認証の返還を求めるとともに、軽減を行った社会福祉法人等と協議の上、軽減額の全部又は一部を軽減を受けた者から社会福祉法人等又は茨木市に返還させることができる。
- (社会福祉法人等に対する助成)
- 第14 市長は、社会福祉法人等がこの要綱に基づき軽減対象者に利用者負担の軽減を行った場合は、別に定めるところにより、当該社会福祉法人等に対し軽減に要した費用の一部を助成するものとする。
- (その他)
- 第15 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。

#### 附 則

この要綱は、平成17年10月1日から実施する。

#### 附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成18年7月19日から実施し、平成18年7月1日から適用する。  
(税制改正に伴う特例措置)
- 2 第4の軽減対象者に該当しない者のうち、次の各号のいずれにも該当する者は、平成18年7月1日から平成20年6月30日までの間に限り、特例措置としてこの要綱に基づく軽減の対象とする。
- (1) 地方税法等の一部を改正する法律（平成17年法律第5号）附則第6条第3項又は第5項の規定の適用を受ける者
- (2) 負担限度額の利用者負担段階が第3段階から第4段階に上昇する者

(3) 第4に定める生計維持が困難な者として本市が認定した者

- 3 前項の規定による軽減の実施については、第4各号列記以外の部分中「市民税非課税世帯」とあるのは「介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第154号）附則第23条第3項に規定する特定被保険者（同条第1項及び第2項に該当する者を除く。）」と、第4第1号中「150万円」とあるのは「190万円」と、改正後の別表中「食費」とあるのは「食費（当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額）」と、「居住費」とあるのは「居住費（当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額）」と、「宿泊費」とあるのは「宿泊費（当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額）」と、「滞在費」とあるのは「滞在費（当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額）」と、「4分の1。ただし、老齢福祉年金受給者は2分の1」とあるのは「8分の1」と読み替えて行うものとする。

附 則

（実施期日）

- この要綱は、平成21年4月1日から実施する。  
（平成21年度及び平成22年度の軽減割合の特例）
- 平成21年度及び平成22年度の軽減の割合は、第5第1項の規定にかかわらず、附則別表左欄に掲げる対象サービス及び同表中欄に掲げる軽減対象費用の区分に応じ、同表右欄に定める軽減割合とする。

附則別表

対象サービス	軽減対象費用	軽減割合
指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	10パーセントの利用者負担額	28パーセント。ただし、老齢福祉年金受給者は53パーセント
	(1) 食費 (2) 居住費	4分の1。ただし、老齢福祉年金受給者は2分の1
訪問介護、介護予防訪問介護及び夜間対応型訪問介護	10パーセントの利用者負担額（茨木市訪問介護利用者負担額減額補助要綱に基づく補助を受ける者は除く。）	28パーセント。ただし、老齢福祉年金受給者は53パーセント
通所介護、介護予防通所介護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護	10パーセントの利用者負担額	28パーセント。ただし、老齢福祉年金受給者は53パーセント
	食費	4分の1。ただし、老齢福

		社年金受給者は2分の1
小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護	10パーセントの利用者負担額	28パーセント。ただし、老齢福祉年金受給者は53パーセント
	(1) 食費 (2) 宿泊費	4分の1。ただし、老齢福祉年金受給者は2分の1
短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護	10パーセントの利用者負担額	28パーセント。ただし、老齢福祉年金受給者は53パーセント
	(1) 食費 (2) 滞在費	4分の1。ただし、老齢福祉年金受給者は2分の1

附 則

(実施期日)

- この要綱は、平成23年9月5日から実施し、平成23年4月1日から適用する。  
(経過措置)
- この要綱の実施の際、この要綱による改正前の社会福祉法人による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

- この要綱は、平成27年4月1日から実施する。  
(経過措置)
- この要綱の実施の際、この要綱による改正前の社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱に定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

- この要綱は、平成28年4月1日から実施する。  
(経過措置)
- この要綱による改正後の社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱の規定は、この要綱の実施の日以後の軽減対象サービスの利用について適用し、同日前の軽減対象サービスの利用については、なお従前の例による。
- この要綱の実施の際、この要綱による改正前の社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱に定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、令和元年5月1日から実施する。

(経過措置)

2 この要綱による改正前の社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、令和3年3月31日から実施する。

(経過措置)

2 この要綱による改正前の社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、令和3年6月1日から実施する。

(経過措置)

2 この要綱による改正前の社会福祉法人等による介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

別表（第5、第6関係）

軽減対象者	軽減対象サービス	軽減対象費用	軽減割合
生活保護受給者 及び支援給付受 給者	介護福祉施設サービス 及び地域密着型介護老 人福祉施設入所者生活 介護	ユニット型個室、ユニッ ト型準個室及び従来型個 室の居住費（特定入所者 介護サービス費又は特定 入所者介護予防サービ ス費が支給されている場 合に限る。）	全額
	短期入所生活介護及び 介護予防短期入所生活 介護	ユニット型個室、ユニッ ト型準個室及び従来型個 室の滞在費（特定入所者 介護サービス費又は特定 入所者介護予防サービ ス費が支給されている場 合	

		に限る。)	
生活保護受給者及び支援給付受給者以外の者	介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	(1) 10パーセントの利用者負担額 (2) 食費 (3) 居住費 (食費及び居住費については、特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。)	4分の1。ただし、老齢福祉年金受給者は2分の1
	訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び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。)	10パーセントの利用者負担額（茨木市訪問介護等利用者負担額減額補助要綱に基づく補助を受ける者を除く。)	
	通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護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。)	(1) 10パーセントの利用者負担額 (2) 食費	
	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及び看護小規模多機能型居宅介護	(1) 10パーセントの利用者負担額 (2) 食費 (3) 宿泊費	
	短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護	(1) 10パーセントの利用者負担額 (2) 食費 (3) 居住費 (食費及び居住費につい	



		ては、特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限る。)	
--	--	--	--

**社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書**  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名		確 認 番 号	
		被 保 険 者 番 号	
生 年 月 日	年 月 日 生		
住 所	〒 電話番号 ( )		
利用者負担額 軽減申請理由			
世帯構成	氏 名	生 年 月 日	市民税課税
世帯主		年 月 日	有 ・ 無
世帯員		年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無
<p>(申請先) 茨木市長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の認定について申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 電話番号 ( )</p>			

私の収入等申告額は、別添の記載のとおり、相違ありません。  
 なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合は、保険者が私及び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。

被保険者氏名 (氏名が自署の場合は、  
押印不要です。)

施設・ケアマネジャー記入欄

施設・事業者名		記入者名	
(以下に被保険者が本制度による軽減が必要となる理由についてご記入ください。)			

市記入欄

交付年月日	備 考		
令和 年 月 日	(保険料滞納)	(生計中心者の所得状況等を把握)	
適用年月日			
令和 年 月 日 から			
有効期限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
令和 年 月 日 まで	軽 減 割 合		
	<input type="checkbox"/> 4分の1 <input type="checkbox"/> 2分の1(利用者負担第1段階) <input type="checkbox"/> 全額(滞在費、居住費のみ)		

## 収入状況等申告書

年 月 日

（提出先）茨木市長

被保険者氏名

(氏名が自署の場合は、  
押印不要です。)

( 年 月 日生 )

次のとおり私の世帯の収入等を申告します。

### 1 収入

種 類	氏 名 ・ 内 容	収 入 年 額
年金・恩給等収入 ( )年金 ( )年金		円
働いて得た収入		円
財産収入（家賃、間貸し代等）		円
利子・配当収入 (預貯金等の利子)		円
その他収入 (不動産等の処分による収入)		円
計		円

### 2 預貯金等状況

区分	有無	内 容		
		預貯金先	口座名義人	預貯金額
預貯金等	<input type="checkbox"/> 有	( 支店)		円
		( 支店)		円
	<input type="checkbox"/> 無	( 支店)		円
		( 支店)		円
株券・国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		額面金額等
				円
				円

上記の収入を証する書類として、次のものを添付します。

**源泉徴収票、通帳、恩給・年金等支払通知書、その他**(

### 3 被扶養状況

- (1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、
- 扶養控除の対象となっている。
  - 扶養控除の対象となっていない。
- (2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、
- 扶養親族となっている。
  - 扶養親族となっていない。(医療保険の被保険者証の写しを添付してください。)
- (3) その他負担能力のある親族等の援助が、
- 期待できる。
  - 期待できない。(理由 )

### 4 世帯の不動産保有状況

居住用以外の処分可能な土地又は家屋を、

- 所有している。
- 所有していない。

年 月 日

様

茨木市長

印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象決定通知書  
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

先に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請については、次のとおり決定しましたので通知いたします。

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

決定年月日	年 月 日
-------	-------

決 定 事 項																	
1 承 認 す る	<table border="0"> <tr> <td>適用年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>（承認内容）</td> <td>社会福祉法人等による利用者負担軽減制度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>軽減率</td> <td>／ 100</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>確認番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	適用年月日	年 月 日	（承認内容）	社会福祉法人等による利用者負担軽減制度			軽減率	／ 100	有効期限	年 月 日			確認番号			
適用年月日	年 月 日	（承認内容）	社会福祉法人等による利用者負担軽減制度														
		軽減率	／ 100														
有効期限	年 月 日																
確認番号																	
2 承 認 し な い	理 由																

様式第4号(第8の2関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)							
交付年月日                      年   月   日							
確認番号							
受 給 者	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日						
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						
軽減割合	25/100						
発行機関名 及び印	<table border="1"><tr><td>2</td><td>7</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td></tr></table> 大阪府茨木市駅前三丁目8-13 電話 (072) 622-8121      茨木市      印	2	7	2	1	1	2
2	7	2	1	1	2		

(裏面)

## 注 意 事 項

- 一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。
- 二 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、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、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護並びに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。）です。
- 三 この確認証は、大阪府及び茨木市に申出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、表面に記載されている軽減割合により軽減されます。ただし、介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護に係る食費及び居住費（滞在費）の軽減は、特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限りません。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったり、軽減措置の要件に該当しなくなったり、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を茨木市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、茨木市にその旨を届け出てください。
- 七 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ます。

様式第5号(第8の2関係)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>社会福祉法人等利用者負担軽減確認証</b>                      (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)                 </div>							
交付年月日                      年   月   日							
確認番号							
受給者	住所						
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日						
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						
軽減割合	(居住費・滞在費のみ) 100/100						
発行機関名 及び印	<div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 80px;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">7</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">1</td> <td style="padding: 2px 5px;">1</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> </tr> </table> <div style="margin-left: 10px;">                         大阪府茨木市駅前三丁目8-13                          電話 (072) 622-8121      茨木市      <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">印</span> </div> </div>	2	7	2	1	1	2
2	7	2	1	1	2		

(裏面)

### 注 意 事 項

- 一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。
- 二 対象となるサービスは、介護福祉施設サービス、短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防短期入所生活介護です。
- 三 この確認証は、大阪府及び茨木市に申出のあった事業者のみ有効です。
- 四 前記のサービスの居住費（滞在費）が、表面に記載されている軽減割合により軽減されません。ただし、特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費が支給されている場合に限ります。
- 五 生活保護受給者・支援給付受給者でなくなったとき、又は軽減確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を茨木市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 六 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、茨木市にその旨を届出てください。
- 七 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ます。