

大阪市民生局要綱第61号
平成12年 4月1日
大阪市健康福祉局要綱第210号
平成13年 4月1日
大阪市健康福祉局要綱第63号
平成14年12月1日
平成17年 4月1日
平成18年 4月1日
平成21年 4月1日
平成23年 4月1日
平成23年 9月1日
平成24年 4月1日
平成25年 4月1日
平成27年5月15日
令和6年12月2日

大阪市訪問介護利用者負担額減額補助事業実施要綱

(趣旨)

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。）の円滑な実施を行うため、低所得者の訪問介護、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。）の利用者について、利用者負担額の減額を実施するために必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 この要綱により、訪問介護等利用者負担額減額を受けることができる者は、障害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円となっている者であって、平成18年4月1日以降に次のいずれかに該当する者とする。

- (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。）を利用していた者であって、65歳に到達したことで介護保険の対象者となった者。
- (2) 特定疾病によって生じた身体上又は精神上の障がいが原因で、要介護又は要支援の状態となった40歳から64歳までの者。

(減額の実施)

第3条 減額後の利用者負担割合は、0%（全額免除）とする。

(申請)

第4条 減額の認定を受けようとする者（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（第1号様式、以下「申請書」という。）に介護保険被保険者証、前年所得税が確認できる書類及び身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は障がい福祉サービス受給者証を添付して、市長に提出しなければならない。

- 2 引き続き減額の認定を受けようとする者は、減額認定期間終了前に前項による提出をしなければならない。
- 3 いったん本軽減措置事業の対象外となった者については、翌年度以降も本事業の対象

とはしないものとする。

(減額認定証の交付)

第5条 市長は、申請者に対し第2条の各号の要件を審査し減額認定の決定又は却下を行う。

2 市長は、前項で減額認定の決定をしたときは訪問介護等利用者負担額減額決定通知書(第2号様式)及び訪問介護等利用者負担額減額認定証(第3号様式)(以下「減額認定証」という。)により、また、前項で減額認定を却下したときは、訪問介護等利用者負担額減額却下通知書(第4号様式)により、申請者に通知する。

(減額認定証の有効期間)

第6条 減額認定証の有効期間の始期は、減額認定申請があった日の属する月の初日又は介護保険要支援又は要介護認定有効期間の始期の遅い方の期日とし、終期は1月から7月までの間において認定を受けた者は、有効期間の始期の属する年の7月31日までとし、8月から12月までの間に認定を受けた者は、翌年の7月31日までとする。

2 減額認定更新の、減額認定証の有効期間は、8月1日から翌年の7月31日までとする。

(減額認定証の提示)

第7条 第5条第2項の規定により減額認定証の交付を受けた者(以下「適用者」という。)は、サービス事業者(以下「事業者」という。)から訪問介護等のサービスを受ける際に、当該事業者には減額認定証を提示しなければならない。

(減額認定証の再交付)

第8条 適用者は、減額認定証を紛失し、き損し、又は汚損したときは、直ちに介護保険被保険者証等(再)交付申請書(第5号様式)を市長に提出して減額認定証の再交付を申請しなければならない。

2 減額認定証がき損し、又は汚損した適用者は、減額認定証の再交付を申請するときは前項の申請書に当該き損し、又は汚損した減額認定証を添えなければならない。

3 減額認定証を紛失したことにより減額認定証の再交付を受けた適用者は紛失した減額認定証を発見したときは、直ちに発見した減額認定証を市長に返納しなければならない。

(届出)

第9条 適用者は、次の各号のいずれかに該当する場合には、直ちに市長にその旨を届け出なければならない。

(1) 氏名・住所等に変更が生じたとき。

(2) 適用者が、第2条の規定に該当しなくなったとき。

(減額認定証の返還)

第10条 適用者は、その資格を喪失したとき、又は、給付額減額等の措置を受けたときには、直ちに減額認定証を市長に返納しなければならない。

(減額認定の取消し)

第11条 受給者が、死亡、市外転出等により介護保険被保険者資格を喪失したときは、減額認定は取り消したものとみなす。

(不正利得の返還)

第12条 市長は、偽りその他不正の手段により利用者負担額の減額を受けた者がいるときは、その者に対してすでに支払われた費用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 この要綱の施行に関し必要な事項は、福祉局長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。
- 2 平成12年4月から6月までの間に対象者として認定を受けた者にかかる当該認定の有効期間は、第7条の規定に関わらず、平成13年6月30日までとする。
- 3 平成12年度減額認定更新時においては、生計中心者の平成11年所得税の確認は不要とする。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年5月15日から施行し、改正後の第1条の規定は、平成27年4月1日から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、現に有効期間が平成27年6月30日となっている訪問介護等利用者負担額減額決定通知書(第2号様式)及び訪問介護等利用者負担額減額認定証(第3号様式)については、有効期限を平成27年7月31日とする。

附 則

この要綱は、令和6年12月2日から施行する。

訪問介護等利用者負担額減額申請書

(法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担軽減措置)

フリガナ			保険者番号					2	7	1	0	0	7
被保険者氏名			被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生									
住所	〒		—		電話番号 ()								
利用者負担額減免申請理由	手帳 有・無 (級 No)												
	氏 名		生 年 月 日		生計中心者に○をつけてください								
世帯構成	世帯主			年 月 日									
	世帯員			年 月 日									
				年 月 日									
				年 月 日									
<p>大阪市長 上記のとおり利用者負担額に係る減額を申請します。 なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、保険者が私及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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>													

市 記入欄

提出者	委任状	提出者の確認
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> 家族・親族	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 代理人	提出方法	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
<input type="checkbox"/> 事業所	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> 郵送	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

決定区分	備 考							
決定・却下	<input type="checkbox"/> 制度移行措置対象者 (0%) <input type="checkbox"/> 境界層該当 (定率負担額0円) <input type="checkbox"/> 65歳以上 (障がいホームヘルプサービス利用実績有) <input type="checkbox"/> 40~64歳 (要支援・要介護認定有)							
交付年月日								
令和 年 月 日								
適用年月日								
令和 年 月 日 から								
有効期限	決	担当課長	課長代理	担当係長	係員			入力
令和 年 月 日 まで	裁							
	欄							

介護保険被保険者証等（再）交付申請書

第5号様式

(あて先) 大 阪 市 長

令 和 年 月 日

住 所

氏 名

本人との
関 係

電 話 番 号

(-)

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

次のとおり被保険者証等の交付・再交付を申請します。

なお、紛失又は盗難の証を発見したときは直ちに返納し、不正使用等のないことを誓います。

被保険者氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	性 別	男 ・ 女
住 所	電 話 番 号 (-)	

(2号申請者)

医療保険者名
医療保険被保険者証記号番号
-

(再交付申請)

被保険者番号	個人番号				
再交付する 証 明 書	1 被保険者証	5 負担限度額証	再交付申請 理 由	1 破損	5 焼失
	2 資格者証	6 利用負担額減免認定証		2 汚損	6 その他
	3 受給資格証明書	7 その他 ()		3 紛失	
	4 負担割合証			4 盗難	

ご注意 再交付の申請をされる場合は、保険料決定通知等本人であることを確認できるものを提示してください。
提示のないときは、後日交付となります。

受領者氏名

.....

処 理 欄	確 認 資 料		証 回 収	交付方法
	<input type="checkbox"/> 保険料決定通知書 (年 月)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	回収年月日	窓口交付 ・ 郵送
	<input type="checkbox"/> 保険料納付書 (年 月)	<input type="checkbox"/> その他	・	
	<input type="checkbox"/> 保険料領収書 (年 月) ()		・	

決 裁 欄			
課長	課長代理	担当係長	係 員