

長浜市告示第99号

長浜市介護保険社会福祉法人等利用者負担の軽減及び軽減費補助金の交付に関する要綱
(平成18年長浜市告示第317号)の一部を次のように改正する。

令和8年3月23日

長浜市長 浅見 宣義

様式第2号及び第3号を次のように改める。

様

長 浜 市 長

公
印

※この通知書は、黒色の電子公印を使用しています。

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措置)

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

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

決定年月日	年 月 日		
決定事項			
1 承認 する	適用年月日	年 月 日	(承認内容)
	有効期限	年 月 日	社会福祉法人等利用者負担軽減 軽減率
	確認番号		(対象サービス利用者負担) / (食費・居住費等) /
2 承認 しない			

(お問合せ先)

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、滋賀県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。(なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、長浜市を被告として(訴訟において長浜市を代表する者は長浜市長になります。)提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第3号（第4条関係）

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

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
 (被保険者のみ記載)

適用年月日

から

有効期限

まで

減額割合

保険者番号
 並びに保険
 者の名称及
 び印

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

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、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅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です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し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それぞれの減額割合により軽減されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったとき、又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を長浜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、長浜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拘禁刑の処分を受けます。

附 則

この要綱は、令和8年3月23日から施行する。