

様式第1号（第4条関係）

富士市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費補助金交付申請書

日付は令和7年3月31日としてください。

第 年 月 日

（あて先） 富士市長

押印は不要です。

社会福祉法人
理事長

年度の記載誤りがないよう
注意してください。

令和3年度において社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業を実施したい
ので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額

（1） 金額

円

（2） 事業の目的

対象サービスに係る利用者負担の軽減を行うことにより、
低所得者の介護保険サービスの利用促進を図ることを目的
とする。

様式第2号（第4条、第7条関係）

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書） 総括表

富 士 市 分

（ 法人名 社会福祉法人○△会 ）

区 分	補助所要額
訪問介護	円
夜間対応型訪問介護	様式第3号その1「所要額調書個表」の富士市分の補助所要額(H欄)を転記する。
通所介護	75,600
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	
短期入所生活介護	
介護予防短期入所生活介護	
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	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	様式第3号その2「所要額調書個表」の富士市の補助所要額(J欄)を転記する。
複合型サービス	
介護老人福祉施設	531,435
第1号訪問事業	様式第3号その3「所要額調書個表」の富士市分の補助所要額(H欄)を転記する。
第1号通所事業	
計	607,035

様式第3号（第4条、第7条、第8条関係）

記入例

その1の1

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書） 個表

〔訪問介護・通所介護・短期入所生活介護〕

〔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

〔定期巡回・随時対応型訪問介護看護・複合型サービス〕

令和 6年 4月分～令和 7年 3月分

事業所ごとに作成する
予防と介護と総合事業は別々に
作成する

1 事業所全体の補助基本額

（ デイサービスセンター △△ ）

本来受領すべき 利用者負担収入A	1%相当額 B (A×0.01)	軽減総額 C	補助対象額 D (C-B)	補助率 E	補助基本額 F (D×E)
円	円	円	円		円
4,800,000	48,000	300,000	252,000	1 / 2	126,000

様式第4号「利用者負担収入額調書」の
該当サービス別の欄の計を記入する

様式第10号「軽減状況調書〔該当サービス〕」の
軽減総額12ヶ月分の合計金額を記入する

市町村別軽減額 G	補助所安額 H (G×F/C)
円	円
富士市	180,000 75,600
B市	90,000 37,800
C市	30,000 12,600
計	(=C) 300,000

様式第10号「軽減状況調書〔該当サービス〕」のうち、各市町村の軽減総額12ヶ月分の合計金額を記入する

上のC欄と同じ額になる

様式第3号（第4条、第7条、第8条関係）

記入例

その2

所要見込額調書（変更所要見込額調書、所要額調書） 個表
〔介護福祉施設サービス〕
（令和 6年 4月～令和 7年 3月）

事業所ごとに作成する

1 事業所全体の補助基本額

（ 特別養護老人ホーム△△ ）

本来受領すべき 利用者負担収入A	1 %相当額 B (A×0.01)	10 %相当額 C (A×0.1)	軽減総額 D	全額公費分 E (D－C)	1 / 2 公費分 F (D－B－E)	補助率 G	補助基本額 H (F×G＋E)
円	円	円	円	円	円		円
6,000,000	60,000	600,000	1,179,000	579,000	540,000	1 / 2	849,000

様式第4号「利用者負担収入額調書」の
該当サービス別の欄の計を記入する

様式第11号「軽減状況調書〔該当サービス〕」の
軽減総額12ヶ月分の合計金額を記入する

市町村別軽減	軽減総額	軽減率
円	円	
富士市	738,000	531,435
B市	303,000	218,190
C市	138,000	99,374
計	(=D) 1,179,000	

様式第11号「軽減状況調書〔該当サービス〕」のうち、各市町村の軽減総額
12ヶ月分の合計金額を記入する

上記表のD欄と同じ額になる

様式第4号（第4条、第7条、第8条関係）

利用者負担収入見込額調書（変更利用者負担収入見込額調書、利用者負担収入額調書）
（令和 6年 4月～令和 7年 3月）

記入例
事業所ごとに作成する

（ デイサービスセンター△△ ）

	1割負担額	食費	居住費	計
	円	円	円	円
訪問介護				
夜間対応型				
通所介護	3,000,000	1,800,000		4,800,000
地域密着型				
認知症対応型通所介護				
短期入所生活介護				
小規模多機能型居宅介護				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
複合型サービス				
介護福祉施設	3,000,000	2,100,000	900,000	6,000,000
新規入所者分	2,100,000	1,500,000	600,000	4,200,000
旧措置入所者分	900,000	600,000	300,000	1,800,000

軽減対象者を含む利用者
全員分(軽減対象者は軽減
を受ける前の金額)を記入

様式第3号その1「所要額調書 個表」の本来受領すべき利用者負担収入A欄に転記する

この金額を、様式第3号その2「所要額調書 個表」の本来受領すべき利用者負担収入A欄に転記する

様式第8号（第8条関係）

日付は令和7年3月31日としてください。

実 績 報 告 書

第 年 月 日

（あて先） 富士市長

押印は不要です。

社会福祉法人
理事長

令和 年 月 日付け富保介指令第 号により補助金の交付の決定を受けた
社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業が完了したので、関係書類を添えて報
告します。

記入しないでください。
また、印字されている「富保介指令第 号」を削除しないでください。

様式第9号（第8条関係）

事業実績書 総括表

富 士 市 分

（ 法人名 社会福祉法人〇△会 ）

区 分	補助所要額 A	補助金交付決定額 B	補助金受入済額 C	差引不足額（C－B）		備考
				超過額 D	不足額 E	
訪問介護	様式第3号その1「所要額調書 個表」の富士市分の補助所要額(H欄)を転記する。	円	円	円	円	
夜間対応型訪問介護						
通所介護	75,600					
地域密着型通所介護						
認知症対応型通所介護						
介護予防認知症通所介護						
短期入所生活介護						
介護予防短期入所						
小規模多機能						
介護予防定期巡回 訪問介護	様式第3号その2「所要額調書 個表」の富士市分の補助所要額(J欄)を転記する。					
複合型サービス						
介護老人福祉施設	531,435					
第1号訪問事業						
第1号通所事業						
計	607,035					

（注） 差引過不足額欄については、D欄に超過額を、E欄に不足額をそれぞれ記入すること。

軽減状況調書〔訪問介護、通所介護、短期入所生活介護〕

事業所別、月別に作成する

（令和 6年 4月分）

介護と予防と総合事業は
別々に作成する

（ デイサービスセンター△△ ）

通番	確認番号	氏 名	通所介護				短期入所生活介護			
			1割負担額軽減額	1割負担額軽減額	食費軽減額	計	1割負担額減免額	食費軽減額	居住費軽減額	計
			円	円	円	円	円	円	円	円
1	1000	〇〇 〇〇		1,500	1,000	2,500				
2	1005	〇〇 〇〇		3,000	2,000	5,000				
3	1010	〇〇 〇〇		1,500	1,000	2,500				
4	1015	〇〇 〇〇		3,000	2,000	5,000				
		富士市分				15,000				
5	0050	〇〇 〇〇		1,500	1,000	2,500				
6	0100	〇〇 〇〇		1,500	1,000	2,500				
7	0150	〇〇 〇〇		1,500	1,000	2,500				
9	0550	〇〇 〇〇		750	500	1,250				
		C市分				2,500				
		合計				25,000				

市町村別に集計する

各月の実績軽減額を記入する。
12ヶ月分の合計を、様式第3号その1の軽減総額(C欄)に転記

生活保護受給者かつ個室（従来型個室、ユニット型準個室又はユニット型個室）の居住費軽減対象者の分を記入する

軽減状況調書〔短期入所生活介護（生活保護受給者）〕

生活保護受給者の分です

（令和 6年 4月分）

（ 事業所名 特別養護老人ホーム〇〇 ）

通番	確認番号	氏 名	短期入所	事業所別、月別に作成する 介護と予防別々に作成する	計
			個室居住費軽減額		
			円		円
1	2000	〇〇 〇〇	2,000		2,000
2	2005	〇〇 〇〇	5,000		5,000
		富士市分	7,000		7,000
3	2050	〇〇 〇〇	2,000		2,000
4	2100	〇〇 〇〇	1,200		1,200
		B市分	3,200		3,200
5	2500	〇〇 〇〇	2,500		2,500
		C市分	2,500		2,500
		合計	12,700		12,700

市町村別に集計する

（注）

- この様式は事業所ごとに作成し、該当するサービスに○を付ける。
- 軽減対象者は市町村ごとに整理し、市町村ごとの小計額を記入する。
- 事業所において、この様式の記入事項が含まれる資料を作成している場合は、その資料をこの様式に代えることができるものとする。

各月の実績軽減額を記入する。
12ヶ月分の合計を、様式第3号その1の軽減総額(C欄)に転記

様式第 1 1 号（第 8 条関係）

記入例

その 1 旧措置以外の軽減対象者分を記入する 軽減状況調書〔介護福祉施設サービス〕

（令和 6 年 4 月分）

事業所別、月別に作成する

（ 特別養護老人ホーム△△ ）

通番	確認番号	氏 名	介護福祉施設サービス（新規入所者）			
			1 割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	計
			円	円	円	円
1	1001	〇〇 〇〇	3,250	1,500	2,000	6,750
2	1006	〇〇 〇〇	3,250	1,500	2,000	6,750
3	1011	〇〇 〇〇	3,250	1,500	2,000	6,750
4	1016	〇〇 〇〇	3,250	1,500	2,000	6,750
5	1021	〇〇 〇〇	2,750	1,500	1,500	5,750
		富士市分				32,750
6	0201	〇〇 〇〇	2,250	1,500	3,000	6,750
7	0401	〇〇 〇〇	2,500	1,500	3,000	7,000
9	0030	〇〇 〇〇	3,250	1,500	1,250	6,000
		C市分				11,500
		合計				58,000

市町村別に集計する

各月の実績軽減額を記入する。
12ヶ月分の合計（様式第11号その1～3の合計額）を、様式第3号
その2の軽減総額（D欄）に転記

その2

軽減状況調書〔介護福祉施設サービス〕

旧措置者かつ軽減対象者の分を記入する

（令和 6年 4月分）

事業所別、月別に作成する

（ 特別養護老人ホーム△△ ）

通番	確認番号	氏 名	介護福祉施設サービス（旧措置入所者のうち実質的負担軽減者を除く）			
			1割負担額軽減額	食費軽減額	居住費軽減額	計
			円	円	円	円
1	1002	〇〇 〇〇	2,500	1,500	1,250	5,250
2	1007	〇〇 〇〇	2,500	1,500	1,250	5,250
3	1012	〇〇 〇〇	3,000	1,500	1,250	5,750
4	1017	〇〇 〇〇	3,000	1,500	1,250	5,750
5	1022	〇〇 〇〇	3,000	2,500	1,250	6,750
		富士市分				28,750
6	0301	〇〇 〇〇	3,000	1,500	1,250	5,750
7	0305	〇〇 〇〇	3,000	1,500	1,250	5,750
		合計				40,250

市町村別に集計する

各月の実績軽減額を記入する。
12ヶ月分の合計（様式第11号その1～3の合計額）を、様式第3号
その2の軽減総額（D欄）に転記

様式第 1 1 号（第 8 条関係）

記入例

その 3

生活保護受給者かつ個室（従来型個室、ユニット型準個室又はユニット型個室）の居住費軽減対象者の分を記入する

軽減状況調書〔介護福祉施設サービス〕

（令和 6 年 4 月分）

事業所別、月別に作成する

（ 特別養護老人ホーム△△ ）

通番	確認番号	氏 名	介護福祉施設サービス（生活保護受給者）	
			個室居住費軽減額	計
1	1050	〇〇 〇〇	円 24,600	円 24,600
		富士市分		市町村別に集計する 24,600
2	310	〇〇 〇〇	24,600	24,600
		B市分		24,600
		合計		49,200

各月の実績軽減額を記入する。
12ヶ月分の合計（様式第11号その1～3の合計額）を、様式第3号
その2の軽減総額（D欄）に転記

令和6年度 社会福祉法人等の利用者負担額軽減措置事業収支予算書

(収 入)

区 分	金 額 (円)	摘 要
市 補 助 金	576,017	富士市259,279円、B市17,793円、C市55,740円、D市38,421円、E市204,784円
自 己 資 金	898,363	複数の市町村が含まれている場合、その市町村名と補助所要額をそれぞれ記入して下さい。 例) 富士市〇〇円、富士宮市△△円
合計から市補助金を引いた金額が自己資金となります。		
合 計	1,474,380	

支出の合計と一致します。

(支 出)

様式第10号、様式第11号の年間の合計金額と一致します。

区 分	金 額 (円)	
1 割 負 担 額	736,583	特養入所者分 (712,496) 短期入所者分 () 通所介護分 (24,087) 訪問介護分 () 小規模多機能分 () 複合型サービス分 () 第1号訪問事業分 () 第1号通所事業分 ()
食 費	522,533	特養入所者分 (506,474) 短期入所者分 () 通所介護分 (16,059) 小規模多機能分 () 複合型サービス分 () 第1号通所事業分 ()
居 住 費 (滞在費、宿泊費)	215,264	特養入所者分 (215,264) 短期入所者分 () 小規模多機能分 ()
合 計	1,474,380	第3号様式その1の軽減総額、第3号様式その2の軽減総額及び第3号様式その3の軽減総額の合計と一致します。

上記の事項は原本と相違ありません。

令和7年3月31日 日付は令和7年3月31日としてください。

名 称 社会福祉法人 ○△会

代表者 理事長 ○○ ○○ 押印は不要です。

令和6年度 社会福祉法人等の利用者負担額軽減措置事業収支決算書

(収 入)

区 分	金 額 (円)	摘 要
市 補 助 金	576,017	富士市259,279円、B市17,793円、C市55,740円、D市38,421円、E市204,784円
自 己 資 金	898,363	複数の市町村が含まれている場合、その市町村名と補助所要額をそれぞれ記入して下さい。 例) 富士市〇〇円、富士宮市△△円
合 計	1,474,380	合計から市補助金を引いた金額が自己資金となります。

支出の合計と一致します。

(支 出)

区 分	金 額 (円)	様式第10号、様式第11号の年間の合計金額と一致します。
1 割 負 担 額	736,583	特養入所者分 (712,496) 短期入所者分 () 通所介護分 (24,087) 訪問介護分 () 小規模多機能分 () 複合型サービス分 () 第1号訪問事業分 () 第1号通所事業分 ()
食 費	522,533	特養入所者分 (506,474) 短期入所者分 () 通所介護分 (16,059) 小規模多機能分 () 複合型サービス分 () 第1号通所事業分 ()
居 住 費 (滞在費、宿泊費)	215,264	特養入所者分 (215,264) 短期入所者分 () 小規模多機能分 ()
合 計	1,474,380	第3号様式その1の軽減総額、第3号様式その2の軽減総額及び第3号様式その3の軽減総額の合計と一致します。

上記の事項は原本と相違ありません。

令和7年3月31日 日付は令和7年3月31日としてください。

名 称 社会福祉法人 ○△会

代表者 理事長 ○○ ○○

押印は不要です。

記載方法

様式第 13 号（第 10 条関係）

請 求 書

金

円

ただし、令和 年 月 日付け富保介指令第 号により補助金の交付の確定（決定）を受けた富士市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業費補助金として、上記のとおり請求します。

令和 7 年 4 月 日

（あて先） 富士市長

記入しないでください。

また、印字されている「富保介指令第 号」を削除しないでください。

日付は令和7年4月 日としてください。

押印をしてください。

法人の所在地

法人名

代表者の職氏名 理事長

印

口座振替先金融機関名 ○○銀行 △△支店

口座種別 普通

口座番号 0 1 2 3 4 5 6

口座名義 社会福祉法人 ○△会

理事長 ○○ ○○

支店名も忘れずに記入してください。