

一宮町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和 7 年 3 月 4 日

一宮町長

馬淵 昌也



一宮町告示第 9 号

一宮町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱の一部を改正する要綱

一宮町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱（平成12年一宮町要綱第19号）の一部を次のように改正する。

別記第3号様式を別紙のとおり改める。

附 則

この要綱は、令和7年6月1日から施行する。

一宮町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱の一部を改正する要綱

一宮町社会福祉法人等による介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱（平成12年一宮町要綱第19号）の一部を次のように改正する。

別記第3号様式を別紙のとおり改める。

#### 附 則

この要綱は、令和7年6月1日から施行する。



第3号様式(第3条)

(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、介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護及び短期入所生活介護です。
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	前記のサービスを利用した場合、利用者負担額(日常生活に要する費用については食費及び居住費に限る)が、前面に記載されている減額割合により減額されます。
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、この証を市町村に返してください。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、市町村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

(表面)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証 (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					
住 所					
フリガナ					
氏 名					
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女				
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				
減 額 割 合	/100				
発 行 機 関 名 印	<table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>				

備考

1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。