

平成 20 年 5 月 28 日

障害福祉サービス事業者各位

障害者自立支援法利用者負担の軽減措置に係る手続きについて

日頃から障害者自立支援法の円滑な運営にご協力いただき、ありがとうございます。
現在、横浜市では、平成 20 年 7 月からの利用者負担軽減に伴い、障害者自立支援法サービス利用者について、負担額見直しのための手続きのご案内などを行っています。

1 手続きの内容

(1) 利用者負担階層 01・02・03 の利用者について

生活保護世帯、市民税非課税世帯（年度更新対象者以外）の方へは、案内文のみ送付し、職権で負担額の見直しを行います。

(2) 利用者負担階層 04・05 の利用者について

今回の軽減措置における世帯範囲の見直しに伴い、多数の方が市民税非課税世帯へ変わることが想定されます。このため、市民税課税世帯の方へは利用者負担額減額・免除等申請書（世帯状況・収入等申告書）の提出を依頼し、利用者負担額の判定を行います。

2 利用者への送付物

(1) 利用者負担階層 01・02・03 の利用者について

- ・ お知らせ文
- ・ 制度案内

(2) 利用者負担階層 04・05 の利用者（年度更新者を含む）について

- ・ お知らせ文
- ・ 制度案内
- ・ 利用者負担額減額・免除等申請書（裏面：世帯状況・収入等申告書）
- ・ 利用者負担額減額・免除等申請書記入例
- ・ 工賃等支払い証明書（GH・CH の入居者、20 歳以上の施設入所者のみ）
- ・ 返信用封筒（健康福祉局障害企画課宛、又は区役所・児童相談所宛）

※ 上記の書類につきましては、別添の送付物見本をご覧ください。

3 新しい受給者証の交付

職権又は申請書の提出に基づいて負担額判定を行い、6月下旬以降に利用者へ新しい受給者証（桃色）を交付します。

支給決定や利用者負担上限月額に変更のない方にも、新しい受給者証を交付しますので、7月以降は新しい受給者証をご確認ください。

※また、今回の利用者負担額見直しに伴い、新たに上限管理が必要となる利用者が出ると思われますので、上限管理事務依頼届出書の提出にご協力をお願いいたします。

<問い合わせ先>

横浜市健康福祉局 障害企画課企画調整係

TEL : 045-671-3601

FAX : 045-671-3566

新しい受給者証の発行について

今回の変更による新しい受給者証（桃色）を6月下旬以降にみなさまに郵送でお届けします。

なお、負担上限額が変更とならない場合でも、新しい受給者証をお送りしますので7月からは新しい受給者証をお使いいただきますようお願いいたします。

お問い合わせ先（市外局番はすべて「045」です）					
区名	電話	F A X	区名	電話	F A X
鶴見	510-1778	510-1897	金沢	788-7850	788-7794
神奈川	411-7114	324-3702	港北	540-2236	540-2396
西	320-8417	290-3422	緑	930-2433	930-2435
中	224-8165	224-8159	青葉	978-2453	978-2427
南	743-8224	714-7989	都筑	948-2316	948-2309
港南	847-8459	845-9809	戸塚	866-8463	881-1755
保土ヶ谷	334-6383	331-6550	栄	894-8068	893-3083
旭	954-6128	955-2675	泉	800-2417	800-2513
磯子	750-2416	750-2540	瀬谷	367-5715	364-2346
中央児童相談所		電話	260-6510	F A X	262-4155
西部児童相談所		電話	331-5471	F A X	333-6082
南部児童相談所		電話	831-4735	F A X	833-9828
北部児童相談所		電話	948-2441	F A X	948-2452
横浜市健康福祉局障害企画課 電話 671-3601 / FAX 671-3566 kf-syokikaku@city.yokohama.jp					

利用者負担額等見直しのお知らせ

平成20年7月1日から、障害福祉サービス等の利用者負担額の算定方法が改められます。

この見直しにより、国の定める月あたりの利用者負担額が一部引き下がる場合がありますので、お知らせいたします。この案内の内容をご確認いただき、必要な手続きを行っていただきますようお願いいたします。

見直しの内容

1 低所得世帯を対象とした利用者負担の軽減〔障害者・障害児〕

居宅・通所サービスを利用されている市民税非課税世帯の方について、預貯金などの要件を満たす場合には、負担上限月額をさらに引き下げます。

※ 横浜市では、独自の利用者負担助成制度により、市民税非課税世帯で在宅サービスを利用している方については負担上限月額を0円にしています。このため、市民税非課税世帯の方の負担上限月額は7月以降も変更はありません。

2 個人単位を基本とした所得段階区分への見直し〔障害者〕

成人(※)の障害者については、「個人単位」を基本として見直し、本人と配偶者のみの収入状況等で、負担上限月額を算定します。

※成人とは、在宅サービス利用の場合は18歳以上、施設入所の場合は20歳以上の方です。

3 軽減対象となる課税世帯の範囲の拡大〔障害児〕

障害児の属する世帯の負担軽減として、市民税所得割額28万円未満で、預貯金などの要件を満たす場合には、負担上限月額をさらに引き下げます。

見直し後の障害福祉サービスの利用者負担

●利用者が18歳以上の場合（施設入所者を除く）

本人及び配偶者の収入・課税状況で負担上限月額を算定します。

あなたの課税状況		国制度		横浜市
		軽減対象外	軽減対象	
生活保護世帯		0円		0円
市民税非課税世帯 ※1 ※2	本人年収80万円以下	15,000円	1,500円	0円
	本人年収80万円超 ※3	24,600円	3,000円	0円
市民税課税世帯 ※1	所得割額16万円未満	37,200円	9,300円	9,300円
	所得割額16万円以上	37,200円		37,200円

※1・・・軽減対象の要件は次頁を参照ください。

※2・・・共同生活介護、共同生活援助を利用する場合、一定の資産要件以下であれば、収入額に応じて利用者負担上限月額が決まります。

※3・・・通所サービスのみ利用（短期入所を併用する場合を含む）の軽減対象の方は、1,500円（国制度）となります。

●利用者が18歳未満の場合（施設入所者を除く）

同じ住民票に属する世帯員全員の収入・課税状況で負担上限月額を算定します。

あなたの課税状況		国制度		横浜市
		軽減対象外	軽減対象	
生活保護世帯		0円		0円
市民税非課税世帯 ※1	保護者年収80万円以下	15,000円	1,500円	0円
	保護者年収80万円超※2	24,600円	3,000円	0円
市民税課税世帯 ※1	所得割額28万円未満	37,200円	4,600円	4,600円
	所得割額28万円以上	37,200円		37,200円

※1・・・軽減対象の要件は次頁を参照ください。

※2・・・通所サービスのみ利用（短期入所を併用する場合を含む）の軽減対象の方は、1,500円（国制度）となります。

●利用者が20歳未満の施設入所者の場合

同じ住民票に属する世帯員全員の収入・課税状況で負担上限月額を算定します。

あなたの課税状況		国制度	
		軽減対象外	軽減対象
生活保護世帯		0円	
市民税非課税世帯 ※1	本人年収80万円以下	15,000円	3,500円
	本人年収80万円超	24,600円	6,000円
市民税課税世帯 ※1	所得割額28万円未満	37,200円	9,300円
	所得割額28万円以上	37,200円	

※1・・・軽減対象の要件は下記を参照ください。

●20歳以上の施設入所者については、一定の資産要件以下であれば、これまで通り、収入額に応じて利用者負担上限月額が決まります。

軽減対象となる要件

●利用者が18歳以上の場合（施設入所20歳以上）

	預貯金	不動産
配偶者なし	本人の預貯金額が 500万円以下	現に配偶者、子、親、兄弟姉妹の一定の親族が 居住している不動産(土地・家屋)以外の不動産 を有していないこと
配偶者あり	本人と配偶者の預貯 金額の合計が 1,000万円以下	

※「配偶者あり」で、預貯金額が1,000万円を超える場合

本人及び生計中心者（本人の場合を含む）の預貯金額が合計1,000万円以下で、不動産の要件を満たしている場合には軽減の対象となります。

●利用者が18歳未満の場合（施設入所者は20歳未満）

	預貯金	不動産
生計中心者	1,000万円以下	現に配偶者、子、親、兄弟姉妹の一定の親族が 居住している不動産(土地・家屋)以外の不動産 を有していないこと

障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書

負担額見直し用

(申請先) 横浜市

区長

児童相談所長

(申請書を記入した人)

(利用者との関係)

住所

氏名

電話

次のとおり申請します。

	申請者区分	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理人	申請年月日	平成	年	月	日
申請者	フリガナ				(代理人等の場合) 本人との関係			
	氏名							
	居住地	〒			電話番号			
利用者	フリガナ							
	氏名	生年月日(明・大・昭・平 年 月 日)						
	居住地	〒			電話番号			
利用者負担額減額・免除等に関する事項	※次の事項について、該当する項目にチェック(<input checked="" type="checkbox"/>)してください。							
	○利用者が18歳以上(施設入所者は20歳以上)の場合⇒本人及び配偶者の状況							
	○利用者が18歳未満(施設入所者は20歳未満)の場合⇒世帯全員の状況 についてご回答ください。							
	I 利用者負担上限月額・個別減免・特定障害者特別給付(補足給付)の認定に関する事項							
	市町村民税の課税状況等							確認
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給							
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税				→	<input type="checkbox"/> 本人年収が80万円以下		<input type="checkbox"/> 本人年収が80万円を超える
	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税(利用者が18歳以上)				→	<input type="checkbox"/> 所得割額が16万円未満		<input type="checkbox"/> 所得割額が16万円以上
	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税(利用者が18歳未満)				→	<input type="checkbox"/> 所得割額が28万円未満		<input type="checkbox"/> 所得割額が28万円以上
	預貯金の状況等							確認
	<input type="checkbox"/> 利用者が18歳以上 (施設入所者は20歳以上)		配偶者なし→	本人の預貯金額	<input type="checkbox"/> 500万円以下		<input type="checkbox"/> 500万円を超える・・・(ア)	
			配偶者あり→	本人と配偶者の合計預貯金額	<input type="checkbox"/> 1,000万円以下		<input type="checkbox"/> 1,000万円を超える・・・(イ)	
	<input type="checkbox"/> (ア)、(イ)のいずれかに該当するが、現在軽減対象となっている。							
	<input type="checkbox"/> 利用者が18歳未満 (施設入所者は20歳未満)		生計中心者の預貯金の額		<input type="checkbox"/> 1,000万円以下		<input type="checkbox"/> 1,000万円を超える	
	不動産の所有状況等(※親族等が現に居住する不動産を除く)							確認
<input type="checkbox"/> 利用者が18歳以上 (施設入所者は20歳以上)		配偶者なし→	<input type="checkbox"/> 本人が不動産を所有していない		<input type="checkbox"/> 本人が不動産を有している			
		配偶者あり→	<input type="checkbox"/> 本人及び配偶者のうち、 生計中心者が不動産を所有していない		<input type="checkbox"/> 本人及び配偶者のうち、 生計中心者が不動産を有している			
<input type="checkbox"/> 利用者が18歳未満 (施設入所者は20歳未満)		<input type="checkbox"/> 生計中心者が不動産を所有していない		<input type="checkbox"/> 生計中心者が不動産を有している				
II 生活保護への移行防止措置(定率負担減免措置・補足給付の特例措置)の認定に関する事項								確認
<input type="checkbox"/> 境界層対象者証明書の有無				<input type="checkbox"/> 境界層対象者証明書あり				
申立・同意	この申請書の記載事項に間違いがないことを申立てます。 また、介護給付費等支給に係る利用者負担の確認にあたり、利用者本人及び世帯員の所得状況等を、区役所サービス課または児童相談所の職員が関係機関へ調査することについて同意します。							
	申請者							印

<留意事項>

- 利用者負担額を算定するために、裏面の世帯状況、課税状況等を記載してください。
- 申請者本人及び配偶者の課税証明書(※)、収入と必要経費を証明する書類(年金証書の写、源泉徴収票の写等)を、この申請書に添付してください。なお、利用者が20歳未満の場合は世帯員全員分の書類が必要です。
(※)横浜市で課税額の確認ができる方は添付不要です(課税額を確認できない方:市外転入の場合等)。
- 記載内容が事実と異なった場合、後日給付費の返還を求めること等がありますので、注意して記載してください。

世 帯 状 況 ・ 収 入 等 申 告 書

○利用者が18歳以上(施設入所者は20歳以上)の場合⇒本人及び配偶者の状況

※配偶者が同居していない場合でも記入してください。

○利用者が18歳未満(施設入所者は20歳未満)の場合⇒世帯全員の状況についてご回答ください。

1 世帯の状況について

	氏 名	生年月日	利用者から みた続柄	20年度の市民税の状況		確認
				課税・ 非課税の別	所得割額／年 (課税の場合)	
利用者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
配偶者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
【世帯での「市民税・所得割額」の総額】⇒					円	

～ 2 以降については、本人及び世帯員全員が非課税の場合、記載してください～

2 生活保護の適用の有無

☐有

☐無

確認

確認日

3 利用者本人又は保護者の収入等の状況について

A. グループホーム・ケアホーム入居者、20歳以上の施設入所者 ⇒ 太枠内の全ての項目に記入してください。

B. A以外の方 ⇒ ①～③まで記入してください。

確認者氏名

(1) 合計所得金額

①

確認

(2) 収入（年収で記入してください）

区分	種 類 (該当する項目に○をつけてください)	収 入 額	確認
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等(傷病手当金等)など)	② 円	
	特別児童扶養手当等 (特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	③ 円	
	工賃等就労収入	円	
	障害者扶養共済、在日外国人障害者等福祉給付金	円	
そ の 他 収 入	仕送りによる収入	円	
	不動産等の家賃収入	円	
	その他の収入()	円	
収入額の計		円	

(3) 必要経費（年額で記入してください）

種 類	内 容	金 額	確認
税	所得税、市民税、県民税、固定資産税、自動車税、軽自動車税	円	
社会保険料	健康保険料、介護保険料、雇用保険料、国民年金保険料、厚生年金保険料、小規模企業共済等掛金(生命保険料、個人年金保険料は除く)	円	
必要経費の計		円	

障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書

記入例

(申請先) 横浜市

中 区長
児童相談所長

(申請書を記入した人)

(利用者との関係)

住所 横浜市中区港町1-1

母

氏名 横浜 花子

電話 671-XXXX

次のとおり申請します。

申請者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	申請年月日	平成 20 年 6 月 1 日
フリガナ	ヨコハマ ジロウ		
氏 名	横浜 次郎		
居 住 地	〒 223-0017 横浜市中区港町1-1		
フリガナ	ヨコハマ ジロウ		
氏 名	横浜 次郎		
居 住 地	〒 223-0017 横浜市中区港町1-1		

申請者欄は、

- ・ 18歳以上の場合は、利用者本人、
(※成年後見人等の法定代理人がいる場合は、その代理人)
- ・ 18歳未満は利用者の保護者

について記入してください。

※次の事項について、該当する項目にチェック (☒) してください。

○利用者が18歳以上 (施設入所者は20歳以上) の場合⇒本人及び配偶者の状況

○利用者が18歳未満 (施設入所者は20歳未満) の場合⇒世帯全員の状況 についてご回答ください。

I 利用者負担上限月額・個別減免・特定障害者特別給付 (補足給付) の認定に関する事項

市町村民税の課税状況等 確認

<input type="checkbox"/> 生活保護受給	
<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税	→ <input checked="" type="checkbox"/> 本人年収が80万円以下 <input type="checkbox"/> 本人年収が80万円を超える
<input type="checkbox"/> 市町村民税課税(利用者が18歳以上)	→ <input type="checkbox"/> 所得割額が16万円未満
<input type="checkbox"/> 市町村民税課税(利用者が18歳未満)	→ <input type="checkbox"/> 所得割額が28万円未満

①にチェックをした場合

預貯金の状況等 確認

<input checked="" type="checkbox"/> 利用者が18歳以上 (施設入所者は20歳以上)	配偶者なし→	本人の預貯金額	<input type="checkbox"/> 500万円以下 <input checked="" type="checkbox"/> 500万円を超える…(ア)
	配偶者あり→	本人と配偶者の合計預貯金額	<input type="checkbox"/> 1,000万円以下 <input type="checkbox"/> 1,000万円を超える…(イ)
<input checked="" type="checkbox"/> (ア)、(イ)のいずれかに該当するが、現在軽減対象となっている。			
<input type="checkbox"/> 利用者が18歳未満 (施設入所者は20歳未満)	生計中心者の預貯金の額		

**②の欄も確認をして下さい。
該当する場合は、チェックして下さい。**

不動産の所有状況等 (※親族等が現に居住する不動産を除く) 確認

<input checked="" type="checkbox"/> 利用者が18歳以上 (施設入所者は20歳以上)	配偶者なし→	<input checked="" type="checkbox"/> 本人が不動産を所有していない <input type="checkbox"/> 本人が不動産を有している
	配偶者あり→	<input type="checkbox"/> 本人及び配偶者のうち、 生計中心者が不動産を所有していない <input type="checkbox"/> 本人及び配偶者のうち、 生計中心者が不動産を有している
<input type="checkbox"/> 利用者が18歳未満 (施設入所者は20歳未満)	<input type="checkbox"/> 生計中心者が不動産を所有していない <input type="checkbox"/> 生計中心者が不動産を有している	

II 生活保護受給状況

○利用者が18歳以上 (施設入所者は20歳以上) の場合⇒本人及び配偶者の状況

○利用者が18歳未満 (施設入所者は20歳未満) の場合⇒世帯全員の状況についてご回答下さい。

境界層

申立・同意

この申請書の記載事項に間違いがないことを申立てます。
また、介護給付費等支給に係る利用者負担の確認にあたり、利用者本人及び世帯員の所得状況等を、区役所サービス課または児童相談所の職員が関係機関へ調査することについて同意します。

申請者 横浜 次郎

横浜 次郎

<留意事項>

- 利用者負担額を算定するために、裏面の世帯状況、課税状況等を記載してください。
- 申請者本人が筆名で署名する場合は、源泉徴収票の写等を、
**申請者の直筆の署名の場合は押印は不要です。
代行者 (親族等) が申請者名で署名する場合は、押印が必要です。**
- 記載内容が事実と異なった場合、後日給付費の返還を求めること等がありますので、注意して記載してください。

世 帯 状 況 ・ 収 入 等 申 告 書

記入例

○利用者が18歳以上(施設入所者は20歳以上)の場合⇒本人及び配偶者の状況

※配偶者が同居していない場合でも記入してください。

○利用者が18歳未満(施設入所者は20歳未満)の場合⇒世帯全員の状況についてご回答ください。

1 世帯の状況について

	氏 名	生年月日	利用者から みた続柄	20年度の市民税の状況		確認
				課税・ 非課税の別	所得割額/年 (課税の場合)	
利用者				<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税	0 円	
配偶者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
【世帯での「市民税・所得割額」の総額】⇒					0 円	

配偶者のいる方はこちらに書いてください。

～ 2 以降については、本人及び世帯員全員が非課税の場合、記載してください～

2 生活保護の適用の有無

☐ 有☒ 無

確認

確認日

3 利用者本人又は保護者の収入等の状況について

A. グループホーム・ケアホーム入居者、20歳以上の施設入所者 ⇒ 太枠内の全ての項目に記入してください。

B. A以外の方 ⇒ ①～③まで記入してください。

(1) 合計所得金額

①

確認

障害基礎年金を1年間受給した場合
1級は、990,096円
2級は、792,096円です。

認者氏名

(2) 収入(年収で記入してください)

区分	種 類 (該当する項目に○をつけてください)	収 入 額	確認
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等(傷病手当金等)など)	② 990,096 円	
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害者手当)	③ 0 円	
	工賃等就労収入	円	
	障害者扶養共済、在日外国人等による収入	円	
そ の 他 収 入	仕送りによる収入	円	
	不動産等の家賃収入	円	
	その他の収入()	円	
収入額の計		990,096 円	

19年1月～12月の間の収入です。

グループホーム・ケアホーム入居者、20歳以上の施設入所者の方で、
工賃等就労収入のある方は、
工賃証明書や源泉徴収票等を必ず添付してください。

(3) 必要経費(年額で記入してください)

種 類	内 容	金 額	確認
税	所得税、市民税、県民税、固定資産税、自動車税、軽自動車税	0 円	
社会保険料	健康保険料、介護保険料、雇用保険料、国民年金保険料、厚生年金保険料、小規模企業共済等掛金(生命保険料、個人年金保険料は除く)	0 円	
必要経費の計		0 円	