

社会福祉法人等による利用者
負担軽減申出事業所 管理者 様

相模原市長 本村 賢太郎
(公印省略)

令和 7 年度社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業に係る調査（下半期）について（照会）

時下、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

当該軽減制度につきましては、貴事業所の格別の御理解・御協力により、利用者への周知や活用が図られておりますことに厚くお礼申し上げます。

さて、令和 7 年度の当該補助金額を把握するため、神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課から調査依頼がありました。つきましては、次のとおり必要書類を御提出いただきますようお願いいたします。

なお、当該軽減制度の確認証を提示した利用者に係る高額介護（予防）サービス費及び高額医療合算介護（予防）サービス費との適用関係については、当該軽減制度適用後の利用者負担額に着目して支給するものとなっておりますので、適正に対応していただくようお願いいたします。

1 調査の目的

令和 7 年度（令和 7 年 4 月～令和 8 年 3 月利用分）における社会福祉法人等による利用者負担軽減（以下「社福軽減」といいます。）の軽減額を算出することで、令和 7 年度の当該補助金額を把握するために行うものです。

2 送付先

本照会文書は、封筒の宛先となっている事業所にのみ送付しています。複数事業所で同一住所の場合は、お手数ですが、宛先に記載のない事業所と共有していただきますようお願いいたします。

3 提出書類・提出期限（社福軽減該当者の有無に関わらず、いずれかの提出が必要です。）

市ホームページより必要書類をダウンロードしてください。

相模原市ホームページ（トップページ）>子育て・健康・福祉>介護・介護予防>介護の事業者向け情報>交付金・補助金>令和 7 年度社会福祉法人等による利用者負担軽減に係る事業費補助金に係る調査について
<https://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/kosodate/1026646/1026649/1026655/1032142.html>

社福軽減該当者の有無・状況	提出書類	提出期限				
（１）社福軽減該当者がいる場合 ※ <u>軽減該当者がいても相模原市外の被保険者のみの場合は「該当者なし」として報告してください。</u>	・調査票様式（基本情報及び様式１号から１５号まで） ・月別軽減額調査票 <u>※上半期調査にご回答いただいた事業所は上半期の月別軽減額調査票に下半期分を追加したファイルを作成してください。</u> ※記入に当たっては、作成要領をご確認ください。	<table><tr><td>１回目</td><td><u>令和７年４月～令和８年２月利用分</u> 令和８年３月１３日（金）必着</td></tr><tr><td>２回目</td><td><u>令和８年３月利用分</u> 令和８年４月３日（金）必着</td></tr></table> ※２回目の提出時には、１回目のデータに令和８年３月分を追加し、令和７年４月～令和８年３月利用分（１２か月分）の実績合計を提出してください。	１回目	<u>令和７年４月～令和８年２月利用分</u> 令和８年３月１３日（金）必着	２回目	<u>令和８年３月利用分</u> 令和８年４月３日（金）必着
１回目	<u>令和７年４月～令和８年２月利用分</u> 令和８年３月１３日（金）必着					
２回目	<u>令和８年３月利用分</u> 令和８年４月３日（金）必着					
（２）社福軽減該当者がいない、または相模原市外の被保険者のみの場合	・調査票様式（様式１５号）（該当者なし）	令和８年３月１３日（金）必着 ※「様式１５号」（該当者なし）を提出した後に該当者が発生した場合は、介護保険課へご連絡の上、４月３日までに３月利用分の調査票を提出してください。				
（３）補助金の交付を希望しない場合	・辞退書 ※要押印					

4 提出方法

次のLoGo フォームにアクセスし、提出するファイルをアップロードしてください。

<https://logoform.jp/form/oWjU/1388608>

以上

健康福祉局地域包括ケア推進部介護保険課総務・給付班

担当 町田

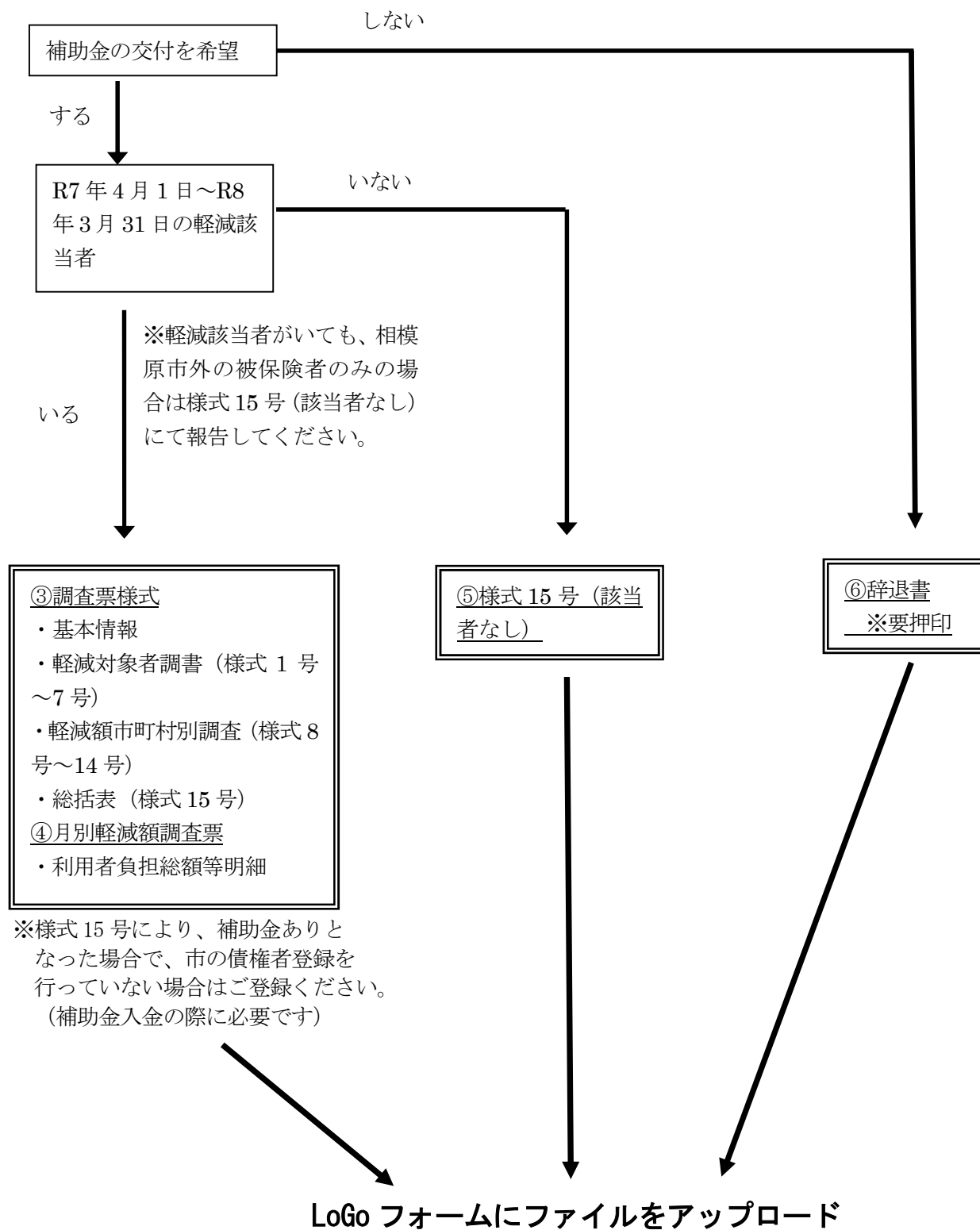
電話 042-707-7058(直通)

FAX 042-769-8323

E-mail kaigo@city.sagamihara.kanagawa.jp

〒252-5277 相模原市中央区中央2丁目11番15号

※ 番号はホームページに掲載しているファイル名の番号です。



※押印した辞退届は郵送も可

〒252-5277

相模原市中央区中央2丁目11番15号

相模原市役所 介護保険課 宛

※社福軽減の該当者がおらず、市への申し出自体を取り下げたい事業所については個別に介護保険課までご連絡ください。