

社会福祉法人明徳会 ご利用者様

社会福祉法人 明徳会
理事長 樺嶋 潤一郎
< 公 印 略 >

社会福祉法人明徳会 利用者給食費負担軽減制度について

日頃より当法人の運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、明徳会ではご利用様の給食費負担について公益的な観点から以下の対象者について負担の軽減を平成28年10月1日より実施することになりました。

特に生計が困難である方に対し、負担の軽減を行うことより対象者の生活の安定を図ることを目的とし、微力ながらお力になることができればと考えます。

対象の方は、お申し出いただき申請をお願い致します。

この制度は、明徳会独自のものであり国や市町村の制度ではございません、また、対象者の方からのお申し出により明徳会に申請をしていただき、受理・審査後決定通知が交付された方のみ負担軽減開始となりますのでご了承ください。

記

対 象 者 生活保護世帯に属し、明徳会の利用サービスを契約されている方。(要綱第2条)

受付窓口 明徳会統括総務事務部

熊本市北区明徳町707-1 チャレンジめいとくの里内 電話 096-215-9101

ご連絡いただきますと申請書や添付書類、実施要項についてご説明いたします。

(または、担当職員へお申し付けいただくと、こちらからご連絡いたします。)

以上

社会福祉法人明徳会 利用者給食費負担軽減要綱

(目的)

第1条

この要綱は、社会福祉法人明徳会が実施するサービスにおいて、特に生計が困難である者に対し、給食費の費用を助成し負担を軽減することにより、対象者の生活の安定を図ることを目的とする。

(軽減の要件及び対象者)

第2条

この要綱による軽減の対象者は以下の者とする。

- (1) 生活保護世帯に属し、明徳会の利用サービスを契約している者。

(軽減の内容)

第3条

この要綱による軽減の内容は、明徳会のサービスを利用した場合の施設で提供される給食費にかかる利用者負担金全額とする。

外出時等の施設以外の食事については負担軽減の対象外とする。

(軽減の実施)

第4条

軽減は次により実施する。

- (1) 軽減申請書の提出

負担軽減を行おうとする者は、別紙様式1の「社会福祉法人明徳会による給食費負担軽減申請書」により申請する。

- (2) 決定通知書の交付

申請に基づき軽減の必要を認めるときは、別紙様式2の「社会福祉法人明徳会給食費負担軽減対象決定通知書」を交付する。

- (3) 軽減の実施

交付決定通知書に基づき、軽減を実施する。

(軽減の期間)

第5条

軽減の期間は、決定通知書の適用日から第2条の対象者でなくなった時までとする。

軽減の対象でなくなった場合には、その旨を速やかに連絡するものとする。

もしくは、利用契約が終了した日までとする。

(その他)

第6条

この要綱に定めのない事項は、社会福祉法人明徳会理事長が定める。

附則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

(別紙様式1)

社会福祉法人明徳会による給食費負担軽減申請書

※太枠の中をご記入ください。

フリガナ		フリガナ	
利用契約者氏名		申請書作成者氏名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	TEL		
	氏名	生年月日	性別 続柄 生計中心者に○を
世帯構成	世帯主		
	世帯員 (契約者を除く)		
<p>社会福祉法人 明徳会 様 軽減条件確認書類を添付の上、上記契約者の給食費負担軽減を申請をします。 また、下記の内容について同意いたします。</p> <p>同意の欄 軽減条件が消滅した場合は、速やかに連絡し負担軽減を行わないことに同意します。 外出時等の施設以外で提供される食事については負担軽減対象外となります。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>契約者氏名 印</p> <p>世帯主氏名 印</p>			
※ 生活保護の決定通知書または生活保護証明書を添付してください。			

※明徳会記入欄

受付日	平成 年 月 日	承認印	理事長		施設長		サビ管
適用年月日	平成 年 月 日から	承認内容	<input type="checkbox"/> 承認する		<input type="checkbox"/> 承認しない		
適用終了年月日	平成 年 月 日	受付者	↓ <input type="checkbox"/> 添付書類にて確認		↓ <input type="checkbox"/> 添付書類なし		
受付担当者			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

(別紙様式2)

社会福祉法人明徳会給食費負担軽減対象決定通知書

社福明徳会第〇〇〇号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

様

社会福祉法人明徳会
理事長 樺嶋潤一郎 印

平成〇〇年〇〇月〇〇日に申請のあった、社会福祉法人明徳会による給食費負担軽減について、審査の結果次の通り決定したので通知いたします。

免除額 サービス利用時の給食費負担額の全額。
ただし、外出時等の施設以外の食事代は対象外。

免除期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日から利用契約が終了するまで、もしくは対象条件の消滅日まで。