

会津坂下町の介護保険・高齢者福祉

各種申請及び留意事項

令和8年度版

会津坂下町生活課保険年金班

【問い合わせ先】

- | | | |
|------------------|----------|-----------------------|
| ●会津坂下町役場 | 969-6592 | 会津坂下町字市中三番甲 3662 番地 |
| 生活課 | 保険年金班 | 電話番号 0242-84-1513 |
| | 福祉健康班 | 電話番号 0242-84-1522 |
| ●会津坂下町地域包括支援センター | 969-6553 | 会津坂下町字西南町裏甲 3998 番地 1 |
| | | 電話番号 0242-84-2700 |

I	要介護・要支援認定の申請について	
1	要介護・要支援認定申請	2
2	認定調査票について	7
II	介護保険サービスの利用について	
1	居宅(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメントの届出	14
2	認定申請中のサービス利用	17
3	ケアプラン作成支援連絡票[医療と介護の連絡について]	19
4	短期入所サービス利用に係る留意事項	20
5	同居家族がいる場合の生活援助中心型訪問介護が必要となる理由書	25
6	規定回数を超える訪問介護を位置付けた居宅介護サービス計画	26
7	福祉用具の貸与	28
8	特定福祉用具の販売	32
9	介護保険の住宅改修	39
10	高齢者介護用品給付事業について	51
11	サービス提供時の事故発生防止及び発生時の対応	54
III	利用者負担減額等について	
1	負担限度額認定	56
2	市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置	60
3	社会福祉法人等による利用者負担軽減	61
IV	介護給付費の請求について	
1	介護給付費請求・審査支払いの流れ	62
2	介護給付費の過誤申立について	63
3	生活保護・介護扶助等について	65
V	事業に関する各種届出について	
1	老人福祉法に定める届出について	66
2	地域密着型サービス事業所、介護予防・生活支援サービス事業の各種届出について	67
VI	高額介護サービス費について	76
VII	介護予防事業について	78
VIII	地域包括支援センターについて	79
IX	高齢者福祉サービスについて	81
	1 長寿祝金事業 2 軽度生活援助事業 3 日常生活用具給付事業	
	4 配食サービス事業 5 寝具乾燥消毒サービス事業 6 家庭系ごみ戸別収集事業	
	7 成年後見制度利用支援事業 8 その他(こころの森・介護タクシー)	
X	介護保険料の納め方について	83
XI	介護保険負担割合証について	84
XII	特例入所について	85

I 要介護・要支援認定の申請について

1 要介護・要支援認定申請

(1) 概要

要介護・要支援認定の有効期間は3か月～48か月間となっています。更新申請は、有効期間満了日の60日前から可能で、町から被保険者あてに更新のお知らせを郵送していますので、申請の支援をお願いします。また、入院中やサービスを利用しない等の理由で更新しない場合は、保険年金班まで連絡してください。

新規の有効期間については、これまで原則6か月であったものを、認定審査会が必要と認める場合に3～12ヶ月の範囲で定めることができるようになりました。

認定結果が出て間もない利用者の変更申請をする場合や、新しい認定有効期間の開始日前に状態が変化し、やむを得ず変更申請する場合は、保険年金班にご相談ください。

65歳に到達する月の初日に、対象者には介護保険被保険者証を郵送しています。第1号被保険者として誕生月の誕生日前に申請する際は、65歳到達として申請する旨を必ず申し出てください。（認定有効期間は誕生日の前日からとなります。）

(2) 申請に係る留意事項

【申請にあたり、以下の項目について確認をお願いします。】

①主治医の氏名

・主治医が変更になっている場合がありますので、必ず確認してください。また、本人や家族からも主治医に申請したことを連絡するようにお伝えください。

②2号被保険者(64歳以下の被保険者)の申請について

・特定疾病名を必ずご記入ください。
・医療保険証の写しを必ず添付してください。（更新申請でも必要です。）

③被保険者証の添付

④認定調査を行う日程について

・閉庁日(土日祝日・年末年始 12/29～1/3)の調査は行いません。
・業務時間以外で認定調査の希望がある場合は、申請者と交渉し、どうしても日程調整ができない場合のみ相談を受け付けます。
・認定調査の希望日がある場合は、余裕を持たせてください。更新申請は勿論、特に新規申請では、申請者が多い時期だと2週間程先まで調査予定が決定していることがあります。
※入院中で退院まで日数のない中、病院での調査を希望される場合もよく見られます。調査可能な時期が来たら早めの申請をお願いいたします。

※要介護認定は申請日から30日以内に行われる必要があり、受診や認定調査の遅れにより判定に支障がないようお願いいたします。

【認定申請 受付メモ（申請書に添付の裏面様式を活用すると便利です）】

①認定調査連絡先

・申請書に記載された電話番号に連絡しても、繋がらない又は折り返しの電話がなく、日程調整できない場合があります。ご家族の方とよく話し合い、日中連絡が取れる電話番号を記載するか、折り返し連絡するようお願いください。
・調査を円滑に実施するために、連絡先の氏名にはフリガナをふっていただき、連絡が取りやすい時間帯等、連絡時の注意事項をご記入ください。

※認定調査は親族の立ち会いを基本としています。

②被保険者の現在の状況(居住状況・生活状況)

- ・入院中の場合は、病名と退院の予定を確認しておいてください。
- ・入院直後など状態が不安定な場合は、その旨記入してください。
- ・家族構成や歩行、食事等の介護の有無に関しては、わかる範囲で記入してください。

③その他

- ・利用したいサービス等があれば記載してください。

④結果送付先・宛名氏名

- ・結果通知文、被保険者証の送付先を本人以外の住所で希望される場合は記入してください。
なお、本人以外に送付する場合は、送付先変更の申請が必要となります。
- ・ケアマネージャーが直接窓口を受け取りにくる場合など、受け取り方が特殊な場合は「結果送付先」の欄に記入してください。

⑤確認事項

- ・都合により本人には介護認定の話をしていないという方がいらっしゃいます。また、家族に認知症の症状を確認する際に、本人を目の前にして質問したため、不快に感じられた方もいらっしゃいます。このようなことを防ぐため、受付メモには「確認事項」として「本人へ認定調査の話をすることは可能か」、「本人の前で認知症の症状について話しても良いか」を確認する欄がありますのでご家族等へ確認のうえ記入してください。

(3)介護申請・区分変更の留意事項

- ①変更申請をした理由について、詳しく記入をお願いします。心身の変化や今後どのようにサービスを利用していきたいのか等、具体的に記入をお願いします。
- ②介護申請、区分変更申請の際、申請日をご確認ください。特に、家族による申請の場合は注意してください。
- ③未来日での申請はできません。

介護保険 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

会津坂下町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号																			
	医療 保険	保 険 者 名										保 険 者 番 号																		
		被保険者証 記号										番号 枝番																		
	フリガナ										生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日																			
	氏 名										性 別 男・女																			
	住 所 〒										電話番号																			
	前回の要介護認定の結果等										*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日 *14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください） はい・はいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																			
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院、入所の有無 有・無										介護保険施設等の名称等・所在地										期 間 年 月 日～ 年 月 日									
											介護保険施設等の名称等・所在地										期 間 年 月 日～ 年 月 日									
											医療機関等の名称等・所在地										期 間 年 月 日～ 年 月 日									
医療機関等の名称等・所在地											期 間 年 月 日～ 年 月 日																			
提 出 代 行 者	名 称										該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）																			
	住 所 〒										電話番号																			
主 治 医	主治医の氏名										医療機関名																			
	所 在 地 〒										電話番号																			

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、保険者から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

会津坂下町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号											個人番号											
	医療保険 被保険者証	保険者名											保険者番号										
		記号											番号										
	フリガナ											生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										
	氏 名											性 別	男 ・ 女										
	住 所	〒										電話番号											
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2											
		有効期限 年 月 日から										年 月 日											
	変更申請の 理由																						
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入 院入所の有無 有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地										期 間 年 月 日～ 年 月 日											
介護保険施設の名称等・所在地										期 間 年 月 日～ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地										期 間 年 月 日～ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地										期 間 年 月 日～ 年 月 日													
提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）																					
	住 所	〒										電話番号											
主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所 在 地	〒										電話番号											

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、会津坂下町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

受付日: 令和 年 月 日

現在の状況(具体的に記入ください)

- 6 -

2 認定調査票について

(1) 記入方法(P10参照)

★専門用語や略語は使用せず、誰が読んでもわかりやすい表現で記載してください。

概況調査（1枚目）

I 調査実施者（記入者）

●実施場所

該当箇所をチェックし、自宅外の場合は調査場所を 内に記載してください。

●調査実施者

調査員名を必ず記入してください。

II 調査対象者

●家族連絡先

連絡先には、認定調査時に立ち会った方の住所、氏名、対象者との関係、電話番号を記入してください。同居の家族の場合は氏名だけで結構です。独居の方の場合は、連絡がつく家族もしくは同席したケアマネージャー等の氏名・連絡先を聞き、記載してください。

III 現在受けているサービスの状況

●現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

●在宅利用

・福祉用具貸与は調査日時点の、福祉用具販売については過去6か月に購入した品目数を記載し、内容をIV「特記すべき事項」に記載してください。（該当がない場合は空欄のままにしてください。）

・住宅改修については、過去に行ったかどうかで、該当する箇所にチェックし、内容をIV「特記すべき事項」に記載してください。

・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設に入所している、又は医療機関等へ入院していて、在宅サービスを受けていない場合は、「なし」にチェックしてください。

●施設利用

・施設入所・病院入所の場合は、該当する箇所にチェックし、施設連絡先（施設名、郵便番号、住所、電話番号）を記載してください。

・住宅型有料老人ホーム⇒その他施設にチェック

・介護付有料老人ホーム⇒特定施設にチェック

IV 特記すべき事項

●調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。内容は枠をはみださないように記載していただくをお願いします。

●置かれている状況等は、介護認定審査会資料にて情報提供されることがあります。ただし、置かれている環境等を根拠に二次判定での変更を行うことは認められておらず、あくまで参考の情報として扱われます。

●区分変更申請の場合、変更申請の理由をIV「特記すべき事項」に記載してください。

基本調査（2枚目・3枚目）

●各項目について、該当する箇所にチェックします。

チェックを間違えた場合、修正液等で修正して構いません。消し残しがあると機械で読み込む際エラーになるので、きれいに修正してください。

●調査票の中で「日常生活自立度」を選択する欄がありますが、選択した理由を7群として特記事項に記載してください。

特記事項（4枚目以降）

●基本調査①②で 1) 以外にチェックをつけた場合は、選択した理由として特記事項に記載してください。

●必ず該当する群の□ または□□ に番号を記入してください。

（同じ番号は2回以上使わないようにお願いいたします。4段のうちの、1つにでも数字が入っていれば、読み込みは可能です。

●第4群、精神・行動障害については選択肢の選択基準の頻度を記載してください。

例)

2. 生活機能に関する項目についての特記事項	
2-1 移動	2-2 移動
2 - 01	独居で介助が行われて
2 - 01	確認できるほど不適切
2 - 01	けではないとの話もあり
2 -	

01が2回以上使用されているため、機械で読み込む際にエラーがおきます。番号は1回のみ使用してください。

例)

2. 生活機能に関する項目についての特記事項	
2-1 移動	2-2 移動
2 -	独居で介助が行われていないが、「移
2 -	確認できるほど不適切な状況にあると
2 -	けではないとの話もあり、(2)見守り等
2 -	

番号が何も記載されていない場合、その欄は4行すべて読み込みできません。

※2枚目に続く場合でも同じ番号を2回以上使用した場合は、機械で読み込む際にエラーがおきます。

2枚目に続く場合の記入例① 1-7 参照

1 - 01	パーキンソン病のため両手に振戦あり。
1 - 04	布団、近くの椅子に手をついて起き上がる。
1 - 07	家の中を歩く際は、狭く物があるため、物や壁に手をついて歩行している。調査の際は何も掴まずに歩行していた。妻より今日は調子が良いとのこと。週に1回程度電気屋さんに行くが大きな店の
1 -	

(1枚目)

1 -	ため通路が広く何も掴まずに歩行しているとのこと。より頻回な状況で選択。
1 - 08	膝に手をしっかりついて立ち上がっている。
1 - 11	足の爪は妻が切っている。
1 -	

(2枚目)

2枚目に続く場合の記入例② 4-12 参照

4 - 03	感情が不安定になる行動はないが、どうしてこうなったのか、と落ち込んでいると姉は話す。
4 - 07	脳梗塞発症後、しまい忘れがあるため、姉に整理されることはわからなくなるからと嫌がるとのことだが、介護抵抗ではないと判断し選択。
4 -	(4-12)しまい忘れあり、引出しの中や中身が見えないと忘れてしまうため、引き出しは使わず、衣
4 -	

(1枚目)

4 - 12	類はダンスではなくクリアケースを使用し、中身が見えるようにしている。7~8年前には、現金数十万円紛失しているとのこと。対策をとっているため選択。
4 -	
4 -	
4 -	

(2枚目)

その他

- 調査の項目に当てはまらないが、特記しておきたいことが他にありましたら、特記事項の欄に実際にある番号で適当な数字を記入し、記載してください。
- 文字は必ず枠の内側に記入してください。太線の枠内のみをイメージとして読み取りますので、枠からはみ出さないようにしてください。
- 欄が不足する場合は、用紙をコピーして2枚目の同じ群欄に記入してください。

●特記事項記載の際の注意点

固有名詞や個人が特定されるような内容は記載しないでください。

例 示	記載方法等
会津若松市、猪苗代町 等	【記載しない】
他市、町内	遠く（近く）
埼玉県、神奈川県	県外、県内
市営住宅、町営住宅、公営住宅、店舗兼住宅	住宅
会津中央病院等（病院名）	病院
長寿園等（施設名）	施設（種類は可）
自営業、八百屋等（仕事内容）	【記載しない】
生活保護、息子が服役中、息子が障害者	【記載しない】

注) 具体的な名前や生年月日、地名は記載しないでください。

記載例	特記事項	第3群	— 5	自分の名前をいう
			— 7	場所の理解

- ・ 正確に自分の名前を答えた。
- ・ 自分の名前でなく他人（家族）の名前を答えた。
- ・ 苗字は答えられたが、名前は答えられなかった。
- ・ 正確に生年月日を答えられた。
- ・ 誕生日は答えられたが、何年生まれたかは答えられなかった。
- ・ 自宅にいることは理解している。
- ・ 病院、施設にいることは理解している。

(2)特にご注意いただきたい点

以下の項目については、認定結果の遅れにもつながるので、ご注意ください。

- ① 調査員名は必ず記載すること(記入漏れが目立ちます)。
- ・記入漏れが審査会発送への遅れにつながっています。
 - ・入院直後など状態が不安定な場合は、保険年金班へご相談ください。
- ②訂正は修正液等できれいに
- ・きれいに記載されていない場合、機械が誤読します。
 - ・修正や削除を行う場合は、修正液・修正テープを使用しても構いませんが、消し残しが無いようにきれいに消してください

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

認定調査票（概況調査）

ここには調査員名を記入！

I. 調査実施者（記入者）	市区町村コード	07421	実施日時	年 月 日 時
	管理市町村コード		調査者番号	0431
	実施場所	☐ 自宅内 ☐ 自宅外		
II. 調査対象者	過去の認定	初回・2回以降（前回認定 年 月 日）	前回認定結果	
	被保険者番号（対象者番号）		生年月日	年
	ふりがな		現住所	
	対象者氏名			
	電話番号		性別	男・女
	申請日	年 月 日	調査回目	回目
	家族等連絡先住所氏名	対象者との関係	電話番号	
III.	現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入して下さい。			
	認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6月の品目数を記載			
	現在受けているサービスの状況	なし ☐ 予防給付サービス・総合事業 ☐ 介護給付サービス ☐		
	・訪問介護（ホームヘルプ）	・訪問型サービス	月 回	（介護予防）福祉用具貸与 品目

調査員番号を記載してください。
※会津坂下町外の事業所は記入しないでください。

③チェック漏れ、記入漏れがないか確認しましょう

・実施場所（自宅内か自宅外か）や、現在受けているサービス状況等にチェック漏れが多く見受けられます。忘れずにチェックしましょう。

④余白等の記載欄以外のところに記入しないでください。

※機械で読み込みを行っていますが、☐ や の中など一部分だけになります。全てをイメージで登録するわけではないので、記載欄以外には記載しないでください。

欄外などには記載しないでください。読み込めません。

施設等利用	（介護予防）特定施設入居者生活介護	月 日	定期巡回・随時対応型
	看護小規模多機能型居宅介護	月 日	
	市町村特別給付		介護保険給付外の在宅サービス
	☐ 介護老人福祉施設	☐ 介護老人保健施設	☐ 介護療養型医療施設
	☐ 特定施設入居者生活介護適用施設	☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム）	☐ 介護医療院
	☐ 医療機関（医療保険適用療養病床）	☐ 医療機関（療養病床以外）	☐ 養護老人ホーム※
☐ 軽費老人ホーム※1	☐ 有料老人ホーム※1, 2	☐ サービス付き高齢者向け住宅※1	☐ その他の施設等
	施設等連絡先	施設等名	電話

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。

※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

IV. 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 ☐ 独居 ☐ 同居（夫婦のみ） ☐ 同居（その他）（家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載）

福祉用具貸与、福祉用具購入、住宅改修の内容はここに記載してください

⑥対象者番号に誤りが多く見られます。対象者の被保険者番号が記入されているか確認しましょう。

⑦基本調査①②で選択されたチェックと、特記事項の内容が一致しないときがあります。
内容が一致しているか確認をお願いします。

- ① 各調査票のページが全てそろっているか、提出前にもう一度ご確認ください。ページが抜けていることが多く見受けられます。調査担当者へ再提出のお手間をお掛けするとともに、当日の発送に間に合わなくなってしまいます。
- ② 調査票をホッチキスや糊で留めないでください。クリップ等をご使用いただくようお願いします。(調査票を1枚ずつ機械で読み取る必要があるためです。)
- ③ 「付け文書」は、特に必要ありません。

介護保険 被保険者証等再交付申請書

会津坂下町長 様

次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	令和 年 月 日
申 請 者 氏 名		本人との関係	
申 請 者 住 所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																					
	個 人 番 号																					
	フリガナ																					
	被保険者氏名																		生年月日	年	月	日
																			性別	男 ・ 女		
住所	〒																	電話番号				

再 交 付 の 種 別	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他（ ）
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------

介護保険要介護認定等の資料交付請求書

令和 年 月 日

会津坂下町長 様

下記対象者の必要書類を介護サービス計画及び介護予防サービス計画作成のため、交付請求します。

No.	被保険者番号 被保険者氏名	住所	生年月日	必要書類(請求分に☑をしてください)	
				認定調査票	主治医意見書
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他
		会津坂下町		☐ 概況調査 ☐ 基本調査 ☐ 特記事項	☐ 主治医意見書 ☐ 他

請求者及び誓約事項

上記の者の必要書類を請求するにあたり、プライバシーの侵害につながる目的に使用しないのはもちろんのこと、介護サービス計画又は、介護予防サービス計画作成の目的以外に使用しないことを誓約いたします。特に主治医意見書につきましては主治医の承諾を得ることなく、被保険者本人に開示しないことを厳守いたします。

請求者住所（所在地）

請求者氏名（名称）

電話

Ⅱ 介護保険サービスの利用について

1 居宅(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメントの届出

(1) 概要

総合事業対象、要介護・要支援認定となった被保険者から、居宅サービス計画等の作成を依頼されたら、利用申込者またはその家族に対し、当該居宅介護支援事業所等の運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等について説明を行い、当該事業所から居宅介護支援を受けることにつき同意を得るとともに、「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」または「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」に必要事項を記入し、町役場窓口へ提出してください。この届出は、利用者が提出することを原則としていますが、事業所が代行で申請しても構いません。また、この場合は委任状の提出も不要です。

(2) 申請に係る留意事項

申請にあたり、以下の項目について確認をお願いします。

- ①「区分」の欄は、初めて届け出をする場合は、「新規」に付し、すでに届け出をしている指定居宅介護支援事業者等を変更する場合は、「変更」に付してください。
- ②被保険者氏名・被保険者番号・生年月日・性別・利用者ご本人の氏名・計画作成事業所名等は、もれなく記入してください。
- ③「事業者を変更する場合の事由等」の欄は、居宅(介護予防)サービス計画作成等を依頼する事業者を変更する場合のみ記入してください。
- ④「届出年月日」、「変更年月日」の欄は、届出年月日は、届出書を町役場窓口へ提出する年月日をご記入ください。変更年月日は、居宅(介護予防)サービス計画作成等を依頼する事業者を変更する場合に変更した年月日をご記入ください。
- ⑤「介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者」の欄は、居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合に必ずご記入ください。

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

		暫定利用 あり	区 分 新規・変更
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		大・昭 年 月 日	男・女
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒	
	電話番号 ()		
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等	※変更する場合のみ記入してください。		
変更年月日 (令和 年 月 日付)			
会津坂下町長 様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名			
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号		

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに会津坂下町へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず会津坂下町へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

(お問い合わせ：会津坂下町役場生活課保険年金班

TEL0242-84-1513)

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

		暫定利用		区 分	
		あ り		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号		
フリガナ					
			個 人 番 号		
			生 年 月 日		性 別
			明・大・昭 年 月 日		男 ・ 女
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者					
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地			
		電話番号 ()			
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。					
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒			
		電話番号 ()			
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等					
※変更する場合のみ記入してください。					
変更年月日 (令和 年 月 日付)					
会津坂下町長 様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成を依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名					
保険者確認欄 ☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号					

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに会津坂下町へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所、又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず会津坂下町へ届け出てください。

届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

2 認定申請中のサービス利用

(1) 概要

介護保険サービスは、要介護（要支援）認定の結果が出てから利用できることになっています。しかし、認定結果が出る前であっても、サービスを利用しなければ在宅での生活を支えられない場合があります。そうした時は、暫定利用の緊急性・必要性を確認したうえで、利用者・事業者への十分な説明と同意が必要となります（総合事業対象者は、暫定利用の制度はありません。）。また、この場合であっても、ケアプランは作成しなければなりません。

(2) 新規暫定利用の場合（支援認定からの変更申請を含む）

① 担当する居宅支援（介護予防支援）事業所の届出をあらかじめ行う。

要介護認定の可能性⇒居宅介護支援事業所で届出

要支援認定の可能性⇒地域包括支援センターで届出

（居宅で受託する場合は、地域包括支援センターへ「申し出」「届出」）

* 要支援・要介護認定のどちらが出るか迷ってしまった場合は……

利用者に負担がかからないよう、要支援・要介護認定いずれの結果が出ても対応できる体制で関われるよう努める。

状況によっては、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所のケアマネジャーが協働して関わることも検討し、利用者に負担がかからないよう調整していく。



認定結果により届出の変更がある場合で、協働して関わってきた場合には、町役場の窓口で遡及の申し出をおこなう。

※協働して関わるとは……

- ・情報共有ができており、利用者からの問い合わせに対しどちらの事業所でも対応できること
- ・各々が暫定プランを作成しているか、若しくは作成された暫定プランの内容を把握できていること

② 結果により給付管理ができない場合の事務処理

認定結果により給付管理が行えない場合（あらかじめ協働で関わる事が出来なかった場合あるいは認定結果が出た月内に引継ぎがおこなえなかった場合）については、自己作成扱いとして町が給付管理を行うこととなります。したがって、居宅介護支援（介護予防支援）費は支払われません。

本来の自己作成とは異なり、給付管理票の送付のみを町で行います。結果が出てから、町職員に連絡し手続きを行ってください。

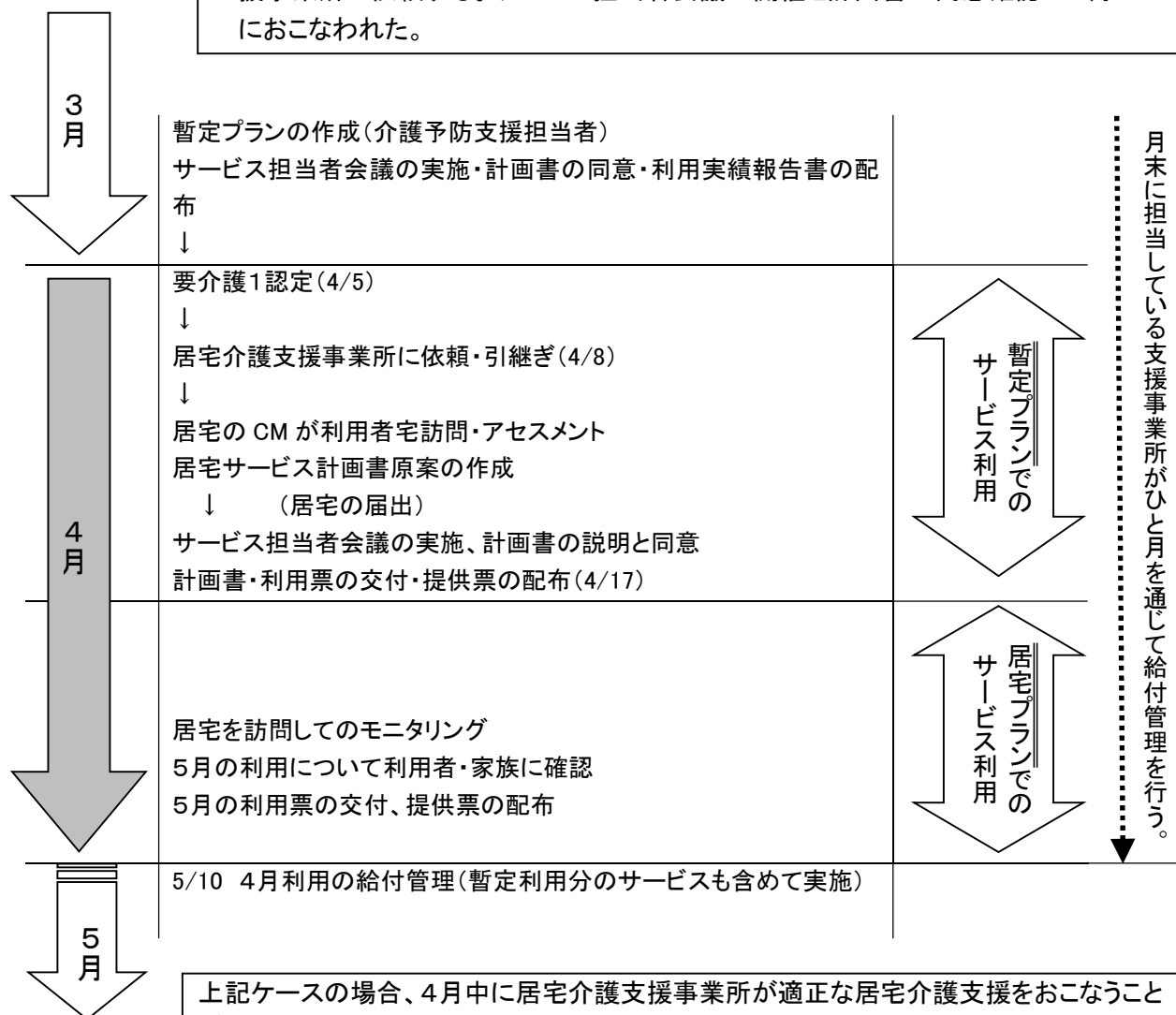
（月末までに自己作成の報告があった場合、翌月に国保連へ給付管理票の送付をおこないます。）

【注意】協働で関わっていたり、引継ぎをおこなったりした場合でも、適正な支援（居宅介護支援の一連のプロセス）がおこなえていない場合には運営基準減算となります。

(3) 支援認定⇔介護認定の引継ぎについて

暫定利用していた利用者の認定結果により支援事業所が変更になる場合、適正な支援が認定月におこなえるようであれば、運営基準減算とはなりませんので、利用者が真に必要なサービスを早期に利用できるよう、支援をお願いします。

例) 要支援2の認定が3月31日で終了するが、認定が遅れるため、4月1日からの暫定プランを3月中に作成。4月5日に要介護1の認定が出たため、4月8日に居宅介護支援事業所に依頼する。サービス担当者会議の開催と計画書の同意確認が4月17日におこなわれた。



上記ケースの場合、4月中に居宅介護支援事業所が適正な居宅介護支援をおこなうことが出来ているので、減算対象にはならない。
 居宅サービス計画書の目標や援助内容期間の始まりは、実際に支援が開始できる日(4/17)以降となる。

* 注) 居宅介護支援の一連のプロセス(下線部分)が守られない場合には減算対象となります。

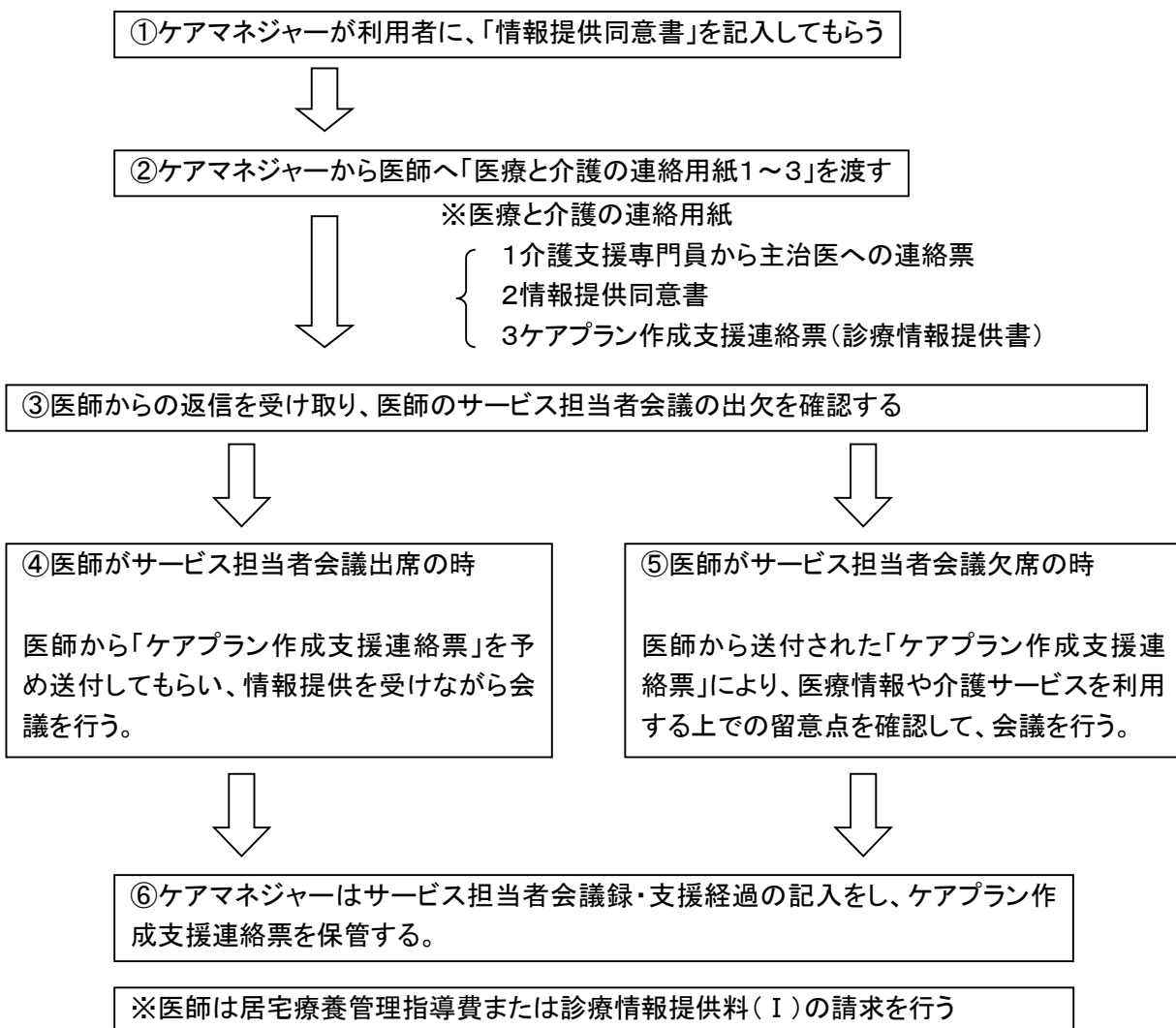
3 ケアプラン作成支援連絡票[医療と介護の連絡について]

(1) 概要

ケアプランを作成する際、利用者と関係者による「サービス担当者会議」の開催が必要で、主治医は「サービス担当者会議」に出席するか、文書等により医療状況や介護保険サービスを利用する上での留意点、介護方法などについて指導・助言することになります。

『ケアプラン作成支援連絡票(診療情報提供書)』は、「居宅療養管理指導」及び「診療情報提供料(Ⅰ)」の請求のための資料として使用できます。

(2) 申請の流れ



4 短期入所サービス利用に係る留意事項

(1) 概要

短期入所サービスは、要介護者の在宅生活を維持する観点から、連続した利用は30日までと制限されています。また、介護支援専門員は、居宅サービス計画において短期入所サービスを位置づける場合にあっては、利用日数が、要介護認定等の有効期間全体のおおむね半数を超えないようにしなければならないとされています。

しかし、機械的な適用を求めるものではなく、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを位置づけることも可能であるとされています。

「特に必要と認められる場合」について

○連続30日を超える利用(例)

- ・介護者の病気等で、一定期間介護者が不在になるが、状況回復により自宅に戻る場合
- ・入所、入居日等が決定しているが、短期間の待機があり、なおかつ自宅に戻ることが不可能な場合

○有効期間の半数を超える利用(例)

- ・調整しながら利用していたが、結果的に半数を超過してしまう理由があった場合。(入退院等で環境の調整が必要だった場合等)

連続30日を超えて自己負担で利用する場合や、認定期間の半数を超えて利用する場合には、介護給付の適正化の観点から、特に必要である理由を申し出ていただきます。必要な書類は以下のとおりです。

・短期入所サービス長期利用理由書

・基本情報

・アセスメント

・居宅サービス計画書(1～3表)

・サービス担当者会議の要点

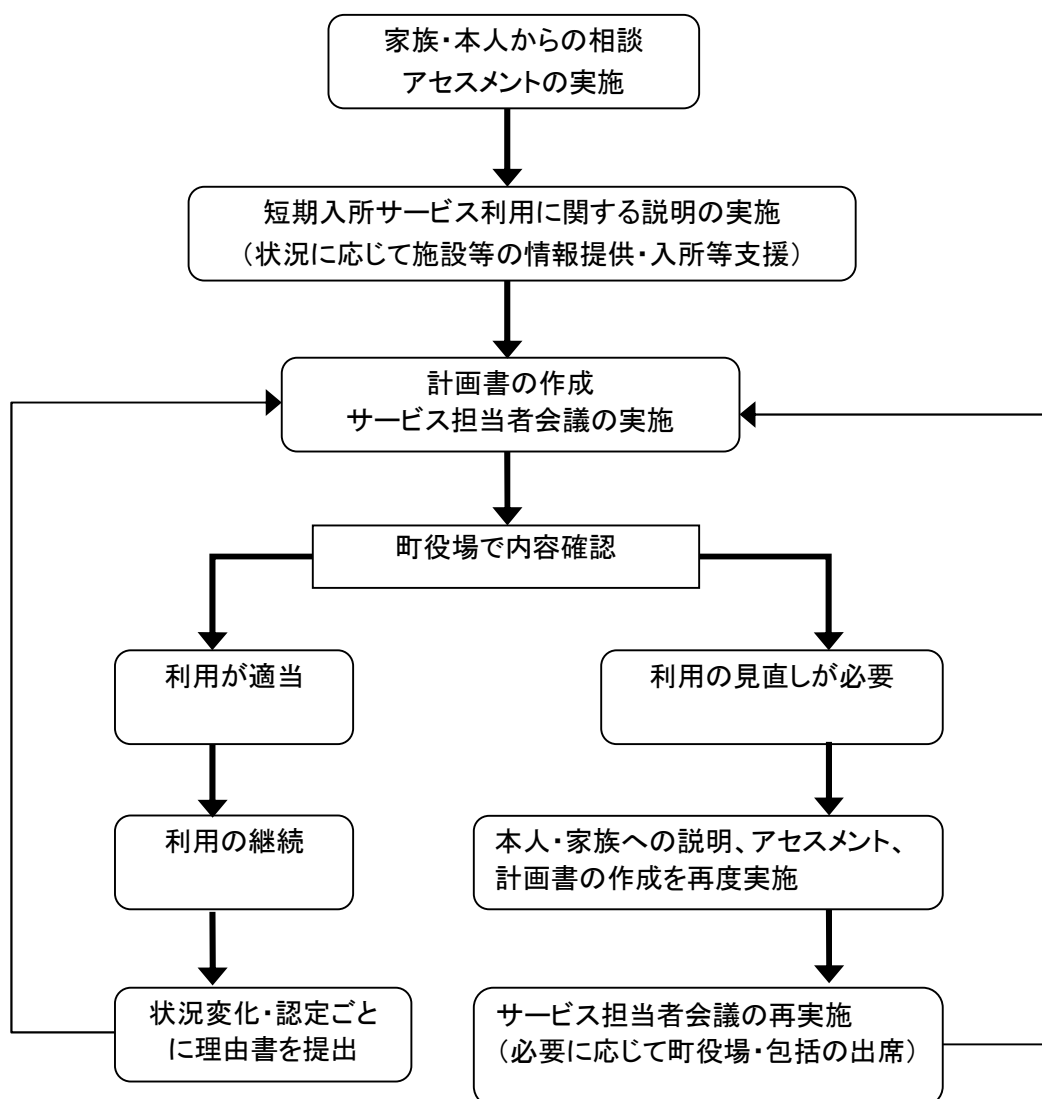
(連続利用・半数を超えて利用することについての内容が記載されているもの)

} 又は介護予防サービス・支援計画書

* 家族への対応や環境調整が難しい事例や、支援の方向性で助言が必要な場合などは、地域包括支援センターに相談し、支援を受けることが出来ます。状況によって、同行訪問やサービス担当者会議の出席も可能です。

* 地域包括支援センターへの相談や町役場への書類提出によって利用が確定するものではないことにご留意ください。

(2)届出の流れ

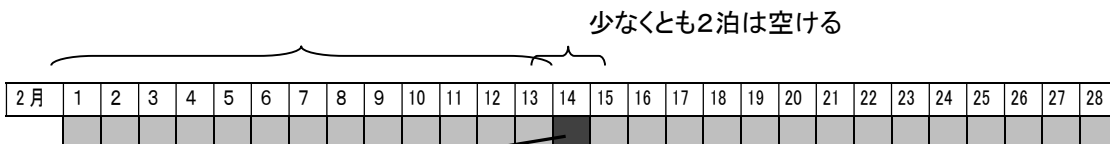
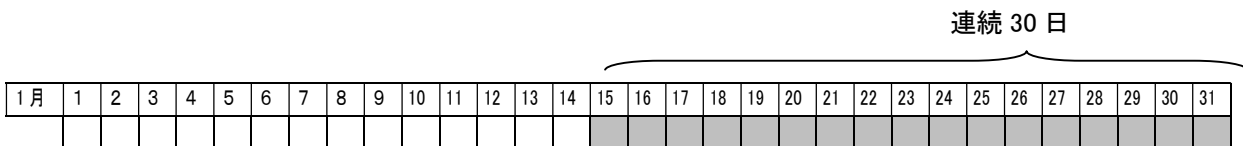


*** 必要に応じて適宜「地域包括支援センター」に相談してください。**

家族への対応や環境調整が難しい事例や、支援の方向性で助言が必要な場合などは、地域包括支援センターに相談してください。状況によって、同行訪問やサービス担当者会議の出席も可能です。

【参考資料】

○連続30日の考え方



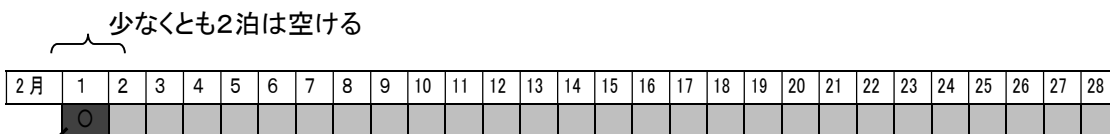
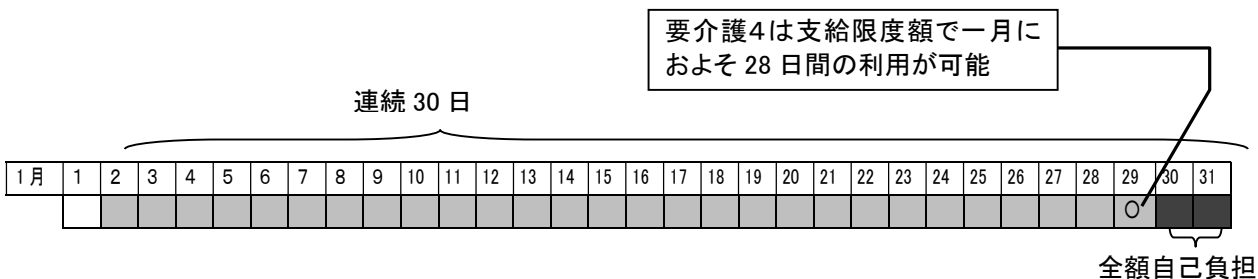
連続利用は30日まで

1月に17日間利用すると2月は13日までで連続30日となるため、ここで一旦短期入所を区切る必要があります。(原則として居宅に戻る)

※ただし、これ以降もどうしても連続して利用したい場合は、31日目のみ全額利用者負担すれば、翌32日目からは改めて連続30日の利用が可能となり報酬算定もできます。

○区分支給限度額を超えて利用したとき

例：要介護4(30,600 単位)の対象者から区分支給限度額を超え全額利用者負担をしてもいいので、短期入所生活介護を連続して利用したいという希望があった場合



たとえ1月の30・31日を全額利用者負担で利用しても、連続30日の判断基準には含まれるので、ここで一旦短期入所を区切る必要があります。(原則として居宅に戻る)

※ただし、どうしても連続して利用したい場合は、31日目に全額利用者負担で利用すれば、翌32日目からは改めて連続30日の利用が可能となり報酬算定もできます。

○全額利用者負担の利用日数と要介護認定期間の半数の基準について

- ①区分支給限度額を超えて全額利用者負担で利用した実績がある場合は、支給限度相当分について要介護認定期間の半数の基準に含めます。計算式は下記のとおり。

《計算式》(小数点以下切り捨て)

$$\frac{A: (短期入所サービスの区分支給限度基準内の単位数)}{B: (短期入所の総単位数)} \times C: (短期入所の総利用日数)$$

(例) 要介護4 (30,600 単位) の対象者が訪問入浴介護を2回 (1,250 単位 × 2) と短期入所生活介護の支給限度額を超え26日 (1,088 単位 × 26) 利用した場合。

A: 短期入所サービスの区分支給限度基準内の単位数

支給限度額から訪問入浴の単位を除いた分をめいっぱい短期入所の単位にあてるので

→ 30,600 単位 - (1,250 単位 × 2) = 28,100 単位

B: (短期入所の総単位数) → 1,088 単位 × 26 = 28,288 単位

C: (短期入所の総利用日数) → 26 日

式

$$\frac{A: 28,100 \text{ 単位}}{B: 28,288 \text{ 単位 (小数点以下切り捨て)}} \times C: 26 \text{ 日} = 25.827 \rightarrow 25 \text{ 日}$$

25 日間を認定期間の
半数の基準に含める

- ②連続 30 日を超えて全額利用者負担で利用した短期入所の日数は、要介護認定期間の半数の基準には含まれません。

短期入所サービス長期理由書

提出日 年 月 日

(※認定期間の半数・30 日連続超過)

利用者氏名		男・女	歳
住所			
被保険者番号		要介護度	
認定期間	～		
居宅支援事業所名		介護支援専門員氏名	
利用理由	・認定期間の半数を超えて利用 ・30 日を超えて連続利用		
短期入所サービスの位置付け及び利用日数に関する、本人・家族への説明			未 済
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、有料施設などの説明			未 済
在宅生活維持・復帰の可能性			無 有
現在利用しているサービス			
短期入所サービスを利用する理由(詳しく記入)			
施設申し込み状況(申し込みをしている施設名等を記入)			
今後の支援の方向性	※必要に応じて地域包括支援センターが助言内容を記入 地域包括支援センター 担当者()		

* 提出書類は、理由書・基本情報・アセスメント・計画書(1～3表)・サービス担当者会議の要点です。

* この理由書は、状況の変化または要介護認定ごとに提出してください。

5同居家族がいる場合の生活援助中心型訪問介護が必要となる理由書

居宅介護支援事業所名 _____

介護支援専門員 _____

被保険者番号											申請年月日	年	月	日
フリガナ											性 別	男 ・ 女		
氏 名											生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	
住 所	〒										電話 番号			
認定区分	要介護状態区分 1・2・3・4・5										要支援状態区分 1・2			
世帯状況	☐ 近隣に家族のない単身世帯 ☐ 同居家族等有 ☐ 同じ敷地内（ ☐ 同棟 ☐ 別棟） ☐ その他（ 距離：約 m） ・同居家族について													
	氏名					続柄		健康状態等				年齢		
家事を行うことが困難となる理由	☐ 同居家族が障害又は疾病等のため ☐ その他のやむを得ない理由 （いずれの場合も家事を行うことが困難となる理由を具体的に記入してください）													
今後の方向性														

6 規定回数を超える訪問介護を位置付けた居宅介護サービス計画

(1) 規定回数を超える訪問介護(生活援助中心型)利用者については届出が必要

訪問介護の生活援助中心型サービスについては、利用者の自立支援や重度化防止の観点から、居宅サービス計画書に国が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合には、当該サービス計画を町に届け出る必要があります。

(2) 対象となる利用者

生活援助が中心である訪問介護サービスが、1月につき次の回数以上のもの。

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

※上記の回数には身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合(生活援助加算)の回数を含みません。

(3) 届出書の提出後の流れ

提出されたケアプランについては、町が改善の必要性などを検証するため、多職種の専門職から助言をいただくこととなる。

基本的には自立支援型ケア会議(2か月に1回開催)において専門職から助言をいただき、その結果を担当事業所へ通知する。

規定回数を超える訪問介護を位置付けた居宅サービス計画届出書

年 月 日

事業所名
住所
届出者 代表の職・氏名
担当介護支援専門員
電話番号

下記のとおり、規程回数を超える訪問介護（生活援助中心型）を位置付けた居宅サービス計画を作成しましたので届出ます。

被保険者番号	
被保険者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
認定期間	年 月 日 から 年 月 日
要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
訪問介護（生活援助中心型）の回数	回／月
規定回数を超えた理由 （具体的に記入してください）	
添付書類	☐ 居宅サービス計画等の写し ※第1表から第7表（利用者の同意を得て交付をしてあること） ☐ 基本情報及びアセスメントシートの写し ☐ 訪問介護計画書の写し

町記入欄（以下の欄は記入しないでください）

保険者確認欄	課長	班長	係長	係員	☐ 申請内容を確認しました。 ☐ 別紙のとおり、サービス内容の見直しを行ってください。

7 福祉用具の貸与

(1) 概要

■「福祉用具貸与」とは

要介護状態となった場合においても、その利用者が、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、心身の状況や希望・環境をふまえ、適切な福祉用具の選定の援助・取付け・調整等を行い貸与することで、利用者の日常生活上の便宜を図り機能訓練に資するとともに、介護者の負担軽減を図るものです。

■「介護予防福祉用具貸与」とは

利用者が可能な限り居宅で自立した日常生活を営むことができるように、利用者の心身の状況や希望・環境をふまえ、適切な福祉用具の選定の援助・取付け・調整等を行い、福祉用具を貸与することにより利用者の生活機能の維持改善を図ります。

(2) 福祉用具貸与の種目

福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与

- ① **車いす**・・・自走用標準型車いす、普通型電動車いす又は介助用標準型車いすに限る。
- ② **車いす付属品**・・・クッション、電動補助装置等であって、車いすと一体的に使用されるものに限る。
- ③ **特殊寝台**・・・サイドレールが取り付けられているもの又は取り付けることが可能なものであって、次に掲げる機能のいずれかを有するもの
 - 1) 背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能
 - 2) 床板の高さが無段階に調整できる機能
- ④ **特殊寝台付属品**・・・マットレス、サイドレール等であって、特殊寝台と一体的に使用されるものに限る。
- ⑤ **床ずれ防止用具**・・・次のいずれかに該当するものに限る。
 - 1) 送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット
 - 2) 水等によって減圧による体圧分散効果を持つ全身用のマット
- ⑥ **体位変換器**・・・空気パッド等を身体の下に挿入することにより、居宅要介護者等の体位を容易に変換できる機能を有するものに限り、体位の保持のみを目的とするものを除く。
- ⑦ **手すり**・・・取付けに際し工事を伴わないものに限る。
- ⑧ **スロープ**・・・段差解消のためのものであって、取付けに際し工事を伴わないものに限る。
- ⑨ **歩行器**・・・歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、次のいずれかに該当するものに限る。
 - 1) 車輪を有するものにあつては、体の前及び左右を囲む把手等を有するもの
 - 2) 四脚を有するものにあつては、上肢で保持して移動させることが可能なもの
- ⑩ **歩行補助つえ**・・・松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。
- ⑪ **認知症老人徘徊感知機器**・・・介護保険法第7条第15項に規定する認知症である老人が屋外へ出ようとした時等(ベッドや布団等を離れた時も含む)、センサーにより感知し、家族、隣人等へ通報するもの。
- ⑫ **移動用リフト(つり具の部分を除く。)**・・・床走行式、固定式又は据置式であり、かつ、身体をつり上げ又は体重を支える構造を有するものであって、その構造により、自力での移動が困難な者の移動を補助する機能を有するもの(取付けに住宅の改修を伴うものを除く。)

※②、④の付属品にいう、「一体的に使用されるもの」とは、車いす又は特殊寝台の貸与の際に併せて貸与される付属品または既に利用者が車いす又は特殊寝台を使用している場合に貸与される付属品をいう。

※＜事例＞介護保険の給付を受けずに車いす、特殊寝台を使用しているものが、これらの付属品のみの貸与を受けた場合、介護保険の給付対象となるか？

【回答】受けることが可能 ⇒ H12.11.12 介護保険最新情報 vol.93

※踏み台付き手すりは給付対象外。

※複合的機能を有する福祉用具について(貸与・販売)

2つ以上の機能を有する福祉用具については、次のとおり取り扱う。

- それぞれの機能を有する部分を区分できる場合には、それぞれの機能に着目して部分ごとに1つの福祉用具として判断する。
- 区分できない場合であって、特定福祉用具の種目に該当する機能が含まれているときは、福祉用具全体を当該特定福祉用具として判断する。
- 福祉用具貸与の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外として取り扱う。

(3)軽度者(要支援1・2、要介護1)に対する福祉用具貸与について

要支援1・2、要介護1の者に対する福祉用具貸与費については、自立支援に十分な効果を上げる観点から、その状態像から見て使用が想定しにくい以下の品目については原則として算定できません。

■福祉用具貸与の給付要件

平成18年4月～

- ・車いす及び車いす付属品
- ・特殊寝台及び特殊寝台付属品
- ・床ずれ防止用具及び体位変換器
- ・認知症老人徘徊感知機器
- ・移動用リフト

→ 要介護1以下
(要支援1・2含む)

原則として
算定できない

平成24年4月～ 追加

- ・自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)

→ 要介護3以下
(要支援1・2含む)

ただし、利用者の状態像が「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当する場合は算定できる

■福祉用具貸与の判断手順

会津坂下町に確認の申請を行う必要がない場合

(利用者の状態像が下記の「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当し、以下の判定方法で確認できる場合)

種目	利用者の状態像	判定方法
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (1)日常的に歩行が困難な者→認定調査票 (2)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	→認定調査票 →ケアマネジメント判断
特殊寝台及び特 殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (1)日常的に起き上がり困難な者 (2)日常的に寝返りが困難な者	認定調査票
床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者→認定調査票	認定調査票
認知症老人 徘徊感知機	(1)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (2)移動において全介助を必要とするものとする者	→認定調査票 (その他、主治医意見書において認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む) →認定調査票

移動用リフト (つり具の部分 を除く)	次のいずれかに該当する者 (1)日常的に立ち上がりが困難な者 (2)移乗が一部介助又は全介助を必要とするもの する者 (3)生活環境において段差の解消が必要と認めら れる者	認定調査票 認定調査票 ケアマネジメント判断
自動排泄処理装 置)尿のみを自動 的に吸引する機 能のものを除く)	次のいずれかに該当する者 (1)排便において全介助を必要とする者 (2)移乗において全介助を必要とする者	認定調査票 認定調査票

上記以外の場合は、町に貸与の確認申請が必要 → ※必ず認定調査票を確認してから申請する

■福祉用具貸与の確認申請の方法

1. 居宅（介護予防）サービス計画原案の作成・認定調査票等の確認
2. 主治医に医学的な所見を照会する
(医師の診断書等の書面による確認、又は面接や電話等により聴取する)
3. 2. の医師の意見を基に「サービス担当者会議」をおこなう
4. 居宅（介護予防）サービス計画を作成し、利用者の同意を得る
5. 町に福祉用具貸与の確認申請をする。
 - * 確認申請に必要なもの
 - ・ 確認申請書
 - ・ 診断書や連絡票等、医学的な所見が記載されているもの
 - ・ サービス担当者会議の要点
 - ・ 居宅（介護予防）サービス計画書

※ 2, 3, 4 の順序が逆転しない（主治医の意見を反映しないまま計画作成しない）ように注意する

■主治医の医学的な所見について

利用者の状態像が下記の（i）～（iii）にあてはまることが、医師の医学的な所見に基づき判断されているかどうか

- i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第 23 号告示（平成 12 年厚告第 23 号。以下同じ。）第 19 号のイに該当する者
 - ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 23 号告示第 19 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
 - iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断できる者



医師の所見の聴取のポイント

- ・ 疾病名を含む医学的な所見
 - ・ 利用者が該当する状態（例：寝返りが困難、もしくは医学的に禁止されている等）を具体的に聴取し、その結果（i）～（iii）のどの状態像に該当するか、医師の明確な判断を得ることが必要
- ※あくまでも、「医師の同意」ではなく「必要性の判断」を聴取する

介護保険 軽度者の福祉用具貸与に係る確認申請

令和 年 月 日

居宅介護(介護予防)支援事業所名

電話番号

担当介護支援専門員

フリガナ		性別	男 ・ 女										
利用者名		生年月日	年 月 日										
住所	会津坂下町		被保険者番号										
要介護 状態区分	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3				
認定有効 期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日												
貸与する 福祉用具	1 車いす 2 車いす付属品 3 特殊寝台 4 特殊寝台付属品 5 床ずれ防止用具 6 体位変換器 7 認知症老人徘徊感知器 8 移動用リフト 9 自動排泄処理装置												

申請理由 (該当する番号を ○で囲む)	1 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するもの(リウマチ・パーキンソン等)	
	2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者(末期がん等)	
	3 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者(慢性気管支炎等)	
医師の所見を 確認した書類等 (該当する番号を ○で囲む)	1 主治医意見書	(別紙;医師の所見および医師の名前を記録した居宅サービス計画の写し)
	2 担当のケアマネジャーが徴収した医師の所見	
	3 医師の診断書	
サービス担当者 会議開催日	令和 年 月 日	(別紙;サービス担当者会議の写し)
貸与開始日	令和 年 月 日	

以下の欄は保険年金班で使用しますので記入しないでください。

保険者 確認欄	課長	班長	係長	係員	上記の理由に基づき、介護保険の福祉用具貸与が[必要 ・ 不必要]と確認します。 令和 年 月 日 確認者:

8 特定福祉用具の販売

(1) 概要

■「特定福祉用具販売」とは

できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、利用者の心身の状況、希望と環境をふまえ、適切な特定福祉用具の選定の援助・取付け・調整等を行い販売することで、利用者の日常生活上の便宜を図り機能訓練に資するとともに介護者の負担軽減を図るものです。

■「特定介護予防福祉用具販売」とは

利用者が可能な限りその居宅で、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況、希望と環境をふまえた適切な特定介護予防福祉用具の選定の援助・取付け・調整等を行い、特定介護予防福祉用具を販売することにより、利用者の生活機能の維持改善と向上を目指します。

(2) 福祉用具販売の種目

特定福祉用具の種目及び特定介護予防福祉用具の種目

① 移動用リフトのつり具の部分

② 腰掛便座・・・次のいずれかに該当するものに限る。

- 1) 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの
- 2) 洋式便器の上において高さを補うもの
- 3) 電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの
- 4) 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器（居室において利用可能であるものに限る。）

③ 自動排泄処理装置の交換可能部品・・・自動排泄処理装置の交換可能部品（レシーバー、チューブ、タンク等）のうち尿や便の経路となるものであって、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に交換できるもの。専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用シート等の関連製品は除く。

④ 入浴補助用具・・・座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって次のいずれかに該当するものに限る。

- 1) 入浴用いす
- 2) 浴槽用手すり
- 3) 浴槽内いす
- 4) 入浴台（浴槽の縁にかけて利用する台であって、浴槽の出入りのためのもの）
- 5) 浴室内すのこ
- 6) 浴槽内すのこ
- 7) 入浴用介助ベルト

⑤ 簡易浴槽・・・空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの

⑥ 排泄予測支援機器（令和4年4月から）

(3) 選択制の対象となる特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）種目・種類（令和6年4月から）

2024年度の介護保険制度改正により、一部の福祉用具に対する貸与と購入の選択制が導入されました。対象となる特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）種目・種類は下記のとおりです。

① 固定用スロープ・・・持ち運びを要しないもの。

（便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬式は除く）

② 歩行器・・・脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式歩行器又は交互式歩行器。

（車輪・キャスターがついている歩行車は除く）

③歩行補助つえ・・・松葉づえを除く単点つえ及び多点つえに限る。

※注意事項 Q & A (厚生労働省令和 6 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol.5) より抜粋)

○選択制の対象となる福祉用具の購入後の対応について

問 選択制の対象となる福祉用具を購入したのちに、修理不能の故障などにより新たに必要となった場合、特定福祉用具販売だけでなく福祉用具貸与を選択することは可能か？
また、販売後に身体状況の変化等により、同じ種目の他の福祉用具を貸与することは可能か。

(答) いずれも可能である。なお、福祉用具の販売または貸与のいずれかを提案するに当たっては、利用者の身体の状態等を踏まえ、十分に検討し判断すること。

○選択制の対象の販売品について

問 選択制対象福祉用具に関しての中古品の販売は可能か。

(答) 今般の選択性の導入以前から特定福祉用具販売の対象になっている福祉用具は、再利用に心理的抵抗感が伴うものや、使用により形態・品質が変化するものでもあり、基本的には中古品の販売は想定していない。

また、選択制の導入に伴い、「固定用スロープ」「歩行器」「単点杖」「多点杖」が新たに特定福祉用具販売の対象となったが、これらについても原則として新品の販売を想定しているこれは、福祉用具貸与では中古品の貸出しも行われているところ、福祉用具貸与事業所によっては定期的なメンテナンス等が実施され、過去の利用者の使用に係る劣化等の影響についても必要に応じて対応が行われる一方で、特定福祉用具販売では、販売後の定期的なメンテナンスが義務付けられていないこと等を踏まえたものである。

問 選択制の対象である福祉用具を貸与から販売に切り替える際、既に当該福祉用具の販売が終了していて新品を入手することが困難な場合は、同等品の新品を販売することで代えることは可能か。

(答) 利用者等に説明を行い、同意を得れば可能である。

(4)福祉用具購入費の支給手続き

[法]第44条2居宅介護福祉用具購入費は、厚生労働省令で定めるところにより、市町村が必要と認める場合に限り、支給するものとする。

(居宅介護福祉用具購入費の支給が必要と認める場合)

[則]第70条居宅介護福祉用具購入費は、当該居宅要介護被保険者の日常生活の自立を助けるために必要と認められる場合に限り支給するものとする。

※購入費用の9割～7割相当額を支給

在宅の要介護者・要支援者が、都道府県知事の指定を受けた事業者から特定福祉用具・特定介護予防福祉用具(入浴や排泄に用いる貸与になじまない福祉用具で厚生労働大臣が定めたもの)を購入したときは、市町村が日常生活の自立を助けるために必要と認める場合に限り、居宅介護福祉用具購入費・介護予防福祉用具購入費が支給されます。

⇒保険料の滞納にともなう給付の一時差し止めと保険給付額からの滞納保険料分の控除や、保険料未納期間に応じた保険給付率の7割又は6割への引き下げは、福祉用具購入費についても適用されます。

※福祉用具購入費支給申請書の提出

要介護者等が福祉用具購入費の支給を受けようとするときは、次の支給申請書を町の窓口に出します。支給方法には「償還払い」と「受領委任払い」の二通りがあります。

① 償還払い(入院(所)中に購入しても差し支えはありませんが、支給申請は退院(所)後です。)

- ・介護保険居宅介護(予防介護)福祉用具購入費支給申請書
- ・領収証及びパンフレット等購入した用具の概要が分かるもの
- ・理由書、福祉用具サービス計画書

② 受領委任払い(入院(所)している方や要介護等認定の新規申請中の方は利用できません。)

⑦購入前に提出する書類

- ・介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払い承認願書兼同意書
- ・理由書、福祉用具サービス計画書
- ・購入予定の福祉用具の見積書とパンフレット等の写し

⑧購入後に提出する書類

- ・介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書兼福祉用具販売証明書
- ・被保険者が支払った分の領収書
- ・販売事業者の受領委任分(保険給付予定額)に係る請求書

※支給限度基準額は同一年度で10万円

福祉用具購入費の支給限度基準額は、同一年度(4月1日からの12ヶ月間)で10万円です。したがって、居宅介護福祉用具購入費と介護予防福祉用具購入費の総額は、10万円の9割から7割相当額を超えることはできません。

また、同一年度内に一度福祉用具購入費が支給されると、以後の期間に同一種目の特定(介護予防)福祉用具の福祉用具購入費は支給されません。

⇒破損した場合の例外

すでに購入した福祉用具の破損や、要介護者等の介護の必要の程度が著しく高くなった等、特別の事情がある場合であって市町村が必要と認めるときは、同一種目であっても福祉用具購入費が支給される場合があります。

介護保険福祉用具購入費支給申請書

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号									
			被保険者番号									
			個人番号									
生 年 月 日	大・昭 年 月 日生		性 別	男・女	介 護 度							
住 所	〒 会津坂下町 電話番号 — —											
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及 び販売事業者名	購 入 金 額	購 入 月 日									
		円	令和 年 月 日									
		円	令和 年 月 日									
		円	令和 年 月 日									
福祉用具が必要 な理由												
会津坂下町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 — — 氏 名 ⑩												

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。

欄外に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号								
	金 融 機 関 コ ー ド	店 舗 コ ー ド	1 普通預金									
			2 当座預金									
			3 その他									
	フリガナ 口座名義人											

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
受 領 委 任 払 い 承 認 願 書 兼 同 意 書

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		生 年 月 日	大・昭 年 月 日						
		性 別	男 ・ 女						
住 所	〒 会津坂下町 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及 び販売事業者名	購入予定額		購入予定日					
		円		令和	年	月	日		
		円		令和	年	月	日		
		円		令和	年	月	日		
福祉用具が 必要な理由								要介護度	
会津坂下町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給について、下記の事業者を受領することの承認を得たいので申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 (被保険者) 氏名 ㊞									
受 領 委 任 払 い 同 意 書									
会津坂下町長 様 令和 年 月 日 (所 在 地) 受取人 (事業者名) (販売事業者) (代表者職氏名) (電話番号) ㊞ 上記の被保険者が介護保険の福祉用具を購入するにあたり、被保険者に便宜を図るため、下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。 記 1 被保険者からは、居宅介護（支援）福祉用具購入費の介護保険給付額以外の費用を受領します。 2 介護保険給付額については、被保険者からの委任に基づき、町に対し所定の書類を添えて請求のうえ受領します。 この申請書に、購入予定の福祉用具の見積書とパンフレット等の写しを添付してください。									
居宅介護支援事業所		介護支援専門員氏名							

**介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書
兼 福 祉 用 具 販 売 証 明 書**

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			生 年 月 日	大・昭		年		月		日			
			性 別	男		・		女					
住 所	〒 会津坂下町												
		電話番号											
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販 売 事 業 者 名	購 入 額	購 入 日										
		円	令和 年 月 日										
		円	令和 年 月 日										
		円	令和 年 月 日										
会津坂下町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、当該申請に係る給付費の受領については、下欄の受取人に委任します。 令和 年 月 日 住所 申請者 (被保険者)氏名 電話番号 ㊞													
福 祉 用 具 販 売 証 明 書 令和 年 月 日 会津坂下町長 様 (所 在 地) 受取人 (事業者名) (販売事業者) (代表者職氏名) ㊞ (電話番号) 令和 年 月 日承認番号 により受領委任払いについて承認を受けた介護 保険居宅介護（支援）福祉用具について、上記のとおり販売したので証明します。													

注意事項

1. 承認を受けた内容に変更がない場合は、この申請書に次の書類を添付して提出してください。
 - ア、被保険者が支払った分の領収証
 - イ、販売事業者の受領委任分（保険給付予定額）に係る請求書
2. 承認を受けた内容に変更がある場合は、購入する前にあらかじめ受領委任払い承認願書を再度提出し、変更承認の手続きをしてください。

受領委任払い請求書（福祉用具購入）

令和 年 月 日

会津坂下町長

（事業者）
住 所
事 業 所 名
代表者氏名

⑨

にかかる受領委任払い費用について、次のとおり請求します。

金 額	円
委任者(被保険者)名	
摘 要	

※ 1 人につき、1 枚作成すること。

金融機関名		支 店 名	
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ 事業所の請求書は、この様式に限定するものではありません。

9 介護保険の住宅改修

(1) 概要

■「居宅介護(介護予防)住宅改修費」とは

要介護者・要支援者が、在宅生活の継続と自立した日常生活を営むために、手すりの取付け等の種類の住宅改修を現に居住する住宅について行ったときは、町が要介護者等の心身の状況や住宅の状況等から必要と認めた場合に限り、居宅介護住宅改修費・介護予防住宅改修費が支給されます。

要介護状態区分に関らず、改修費20万円を上限としてその9割から7割分を支給します。

※住宅改修費の支給限度基準額

要介護度に関らず、20万円(原則1人1回)まで支給され、利用者は1割から3割分を負担します。また、20万円までなら何度かに分けてもよく、20万円を超える改修は全額が自己負担になります。

⇒保険料滞納にともなう給付の一時差し止めと保険給付額からの滞納保険料分の控除や、保険料未納期間に応じた保険給付率の7割又は6割への引き下げは、住宅改修費についても適用されます。

※要介護状態が著しく重くなった場合の例外

最初に住宅改修費の支給を受けた住宅改修の着工時点と比較して、介護の必要の程度が3段階以上重くなった場合に行った住宅改修については、例外的に、改めて支給限度基準額(20万円)までの住宅改修費の支給を受けることができます。ただし、この取扱いは、同一被保険者について1回しか適用されません。

「介護の必要の程度」の段階	要介護等状態区分
第六段階	要介護 5
第五段階	要介護 4
第四段階	要介護 3
第三段階	要介護 2
第二段階	要支援 2 または要介護 1
第一段階	要支援 1 または経過的要介護、旧要支援

(2) 住宅改修の種類

① 手すりの取付け

廊下、便所、浴室、玄関、玄関から道路までの通路等に転倒予防若しくは移動又は移乗動作に資することを目的として設置するもの。

形状

a. 縦付け b. 横付け c. 二段式等適切なもの

なお、福祉用具貸与告示第7項に掲げる「手すり」に相当するものは除かれる。

② 段差の解消

居室、廊下、便所、浴室、玄関等の各室間の床の段差及び玄関から道路までの通路等の段差を解消するためのもの。

具体例

- a. 敷居を低くする工事
- b. スロープを設置する工事
- c. 浴室の床のかさ上げ等

福祉用具貸与告示第8項に掲げる「スロープ」又は特定福祉用具購入告示第3項第五号に掲げる「浴室内すのこ」を置くことによる段差の解消は除かれる。

また、昇降機、リフト、段差解消機等動力により段差を解消する機器を設置する工事は除かれる。

③ 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更

具体例

- a. 居室における畳敷から板製床材、ビニル系床材等への変更
- b. 浴室における床材の滑りにくいものへの変更
- c. 通路面における滑りにくい舗装材への変更等

④ 引き戸等への扉の取替え

具体例

- a. 扉全体の取替え(開き戸を引き戸、折戸、アコーディオンカーテン等への取替え)
- b. ドアノブの変更
- c. 戸車の設置 等

ただし、引き戸等への扉の取替えに合わせて自動ドアとした場合は、自動ドアの動力部分の設置はこれに含まれない。

また、引き戸等の新設により、扉位置の変更等に比べ費用が低廉に抑えられる場合もあることから、その場合に限り「引き戸等の新設」は「引き戸等への扉の取替え」に含まれ、給付対象となる。

⑤ 洋式便器等への便器の取替え

一般的には和式便器を洋式便器に取替えるというものが想定される。ただし、特定福祉用具購入告示第1項に掲げる「腰掛便座」の設置は除かれる。

また、和式便器から、暖房便座、洗浄機能等が付加されている洋式便器への取替えは含まれるが、既に洋式便器である場合のこれらの機能等の付加は含まれない。

被保険者の身体状況により、洋式便器の向きを変えたり、洋式便器の高さをかさ上げする工事も対象となる。

⑥ その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

上記の1から5までに掲げる住宅改修に付帯して必要となる住宅改修として考えられるもの。

・手すりの取付け

手すりの取付けのための壁の下地補強

・段差の解消

浴室の床の段差解消(浴室の床のかさ上げ)に伴う給排水設備工事

・床又は通路面の材料の変更

床材の変更のための下地の補修や根太の補強又は通路面の材料の変更のための路盤整備

・扉の取替え

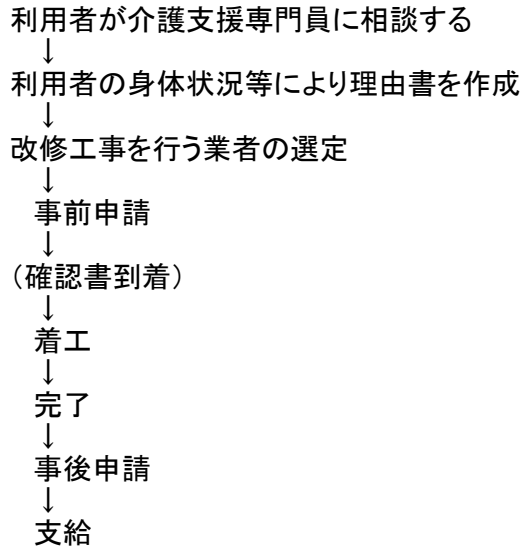
扉の取替えに伴う壁又は柱の改修工事

・便器の取替え

便器の取替えに伴う給排水工事。ただし、水洗化又は簡易水洗化に係るものを除く。

便器の取替えに伴う床材の変更。

(3) サービス提供の流れ



(4) 住宅改修の支給申請手続き

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修の支給を受けるには、2種類の申請があります。

■償還払いでの申請

介護保険の対象となる工事費用を全額施工業者へ支払い、改修工事後に必要な書類を町に提出することにより、保険給付分を支給する方法です。

1 改修を行う前に提出する書類

- ①介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書
- ②住宅改修が必要な理由書

基本的には担当のケアマネジャーが作成することになっています。ケアマネジャーのほか
に作成することができるのは、作業療法士、理学療法士、福祉住環境コーディネーター2級
以上の資格を持つ人です。

③工事費用の見積書

改修箇所、内容、規模及び材料費、施工費、諸経費を区分、明記したものを作成してくださ
い。

④改修前の状況が確認できる書類

- ・改修前の写真
- ・改修箇所がわかる図面

⑤住宅改修用品のカタログのコピー(金額が記載されたもの)

⑥住宅所有者の承諾書(必要な場合)

住宅が被保険者の方の所有でない場合に必要です。

2 改修を行った後に提出する書類

- ①領収書
- ②改修後の状況が確認できる書類
 - ・改修後の写真等

■受領委任払いでの申請

介護保険の対象となる工事費用について、自己負担分(1割～3割)を施工業者に支払い、改修工事完了後に必要書類を町に申請することで保険給付分を施工業者に支給する方法で、被保険者の方の一時的な費用負担をなくすことを目的とした申請方法です。

受領委任払いで住宅改修を希望される方については、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所のケアマネジャーへ、居宅サービスを利用されていない方については、地域包括支援センター等へ相談します。

介護保険での住宅改修費の支給については、改修工事をする前に申請書類を提出していただく必要があります。

なお、次の場合は、受領委任払いでの申請をすることができません。

- 1 介護保険料に未納があり、給付制限を受けている方
- 2 介護申請中であるため、要介護度が決定していない方
- 3 入院または入所している方

※利用者の方を施工業者との間で受領委任払いによる申請について同意書を交わしていただく必要があります。

※新規申請、区分変更申請問わず、認定結果が出ていない状態での受領委任での申請はできないため、償還払いでの申請のみの受付となります。また受領委任での申請後、区分変更申請をした場合は償還払いへ切り替えて再度申請をお願いします。

1 改修を行う前に提出する書類

- ① 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費受領委任払い承認願書兼同意書
- ② 住宅改修が必要な理由書

基本的には担当のケアマネジャーが作成することになっています。ケアマネジャーのほか
に作成することができるのは、作業療法士、理学療法士、福祉住環境コーディネーター2級
以上の資格を持つ人です。

③工事費用の見積書

改修箇所、内容、規模及び材料費、施工費、諸経費を区分、明記したものを作成してください。

④改修前の状況が確認できる書類

- ・改修前の写真
- ・改修箇所がわかる図面

⑤住宅改修用品のカatalogのコピー(金額が記載されたもの)

⑥住宅所有者の承諾書(必要な場合)

住宅が被保険者の方の所有でない場合に必要です。

2 改修を行った後に提出する書類

- ①介護保険居宅介護(支援)住宅改修費支給申請書兼工事完了証明書
- ②領収書
- ③改修後の状況が確認できる書類
 - ・改修後の写真等
- ④ 受領委任払い請求書(住宅改修費)

■住宅改修のポイント

①利用者・家族の視点からの事後評価

- ・利用者本人の意見が取り込まれているかが、評価につながる。
- ・改修前の目的に対して改修後に目的が達成できたのか。
- ・実際に利用してみて、良い点と不都合な点があるのか。

②介護支援専門員の視点からの事後評価

- ・改修後に利用者の生活動作に変化が出てきている点があるか。
- ・家族の介護の状況について、改修後、利用者に変化が出たことにより軽減されている点があるか。
- ・介護支援専門員も住宅改修の経験を積むことにより、利用者のアドバイスができるようになる。

③住宅改修を行う時は、必要最低限の改修が望ましい。家全体の改修を行った場合に、数年経過することにより利用者の身体状況に変化が現れることもあり、改修後変更が必要になることもある。

■留意事項

住宅改修の算定上の留意事項

①住宅改修の設計及び積算の費用

住宅改修の前提として行われた設計及び積算の費用については、実際に住宅改修が行われた場合には住宅改修費の支給対象となります。（実際に住宅改修を伴わない設計及び積算のみの費用については住宅改修費の支給対象となりません。）

②新築又は増改築の場合

住宅の新築は、住宅改修とは認められないので住宅改修費の支給対象とはなりません。

また、増改築の場合は、新たに居室を設ける場合等は住宅改修費の支給対象とはなりませんが、廊下の拡張にあわせて手すりを取り付け、便所の拡張に伴い和式便器から洋式便器に取り換える場合等は、それぞれ「手すりの取付け」、「洋式便器等への便器の取替え」に係る費用についてのみ住宅改修費の支給対象となります。

③住宅改修費の支給対象外の工事も併せて行われた場合

住宅改修費の支給対象となる住宅改修に併せて支給対象外の工事も行われた場合は、対象部分の抽出、按分等適切な方法により、住宅改修費の支給対象となる費用を算出します。

④被保険者等自らが住宅改修を行った場合

被保険者が自ら住宅改修のための材料を購入し、本人又は家族等により住宅改修が行われる場合は、材料の購入費が住宅改修費の支給対象となります。この場合、「住宅改修に要した費用に係る領収証」は、材料を販売した者が発行したものとし、これに添付する工事費内訳書として、使用した材料の内訳を記載した書類を本人又は家族等が作成することになります。なお、この場合であっても、住宅改修が必要な理由書、完成後の状態を確認できる書類等、必要となる書類に変更はありません。

⑤同一の住宅に複数の被保険者がいる場合の住宅改修の費用

複数の被保険者が同一住宅に居住する場合においては、住宅改修費の支給限度額の管理は被保険者ごとに行われるため、被保険者ごとに住宅改修費の支給申請を行うことが可能です。ただし、同一住宅について同時に複数の被保険者に係る住宅改修が行われた場合は、各被保険者に有意な範囲を特定し、その範囲が重複しないようにします。

例えば、被保険者が二人いる場合において、共用の居室について床材の変更を行ったときは、いずれか一方のみが支給申請を行うこととなります。

介護支援専門員の関与

- ①理由書の作成は、居宅介護支援(介護予防支援)の一環として当該利用者の担当である介護支援専門員が行います。居宅介護支援の提供を受けていない要介護者等に対する理由書作成については、担当ではない介護支援専門員や住宅改修について十分な専門性があると認められる者が作成します。
- ②介護支援専門員が理由書を作成する業務は、居宅介護支援(介護予防支援)の一環であるため、被保険者から別途費用を徴収することはできません。
- ③介護支援専門員が、自ら設計・施工を行わないにもかかわらず被保険者から住宅改修の工事を請け負い、住宅改修の事業者に一括下請けさせたり、住宅改修事業者から仲介料・紹介料等を徴収したりすることは認められません。

住宅改修の内容に変更が生じた場合

町からの承認後、住宅改修の内容に変更が生じた場合は再度住宅改修の申請書を提出してください。町が承認した内容と異なる場合、補助金が交付されないことがあります。

介護保険住宅改修費支給申請書

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号										
			被保険者番号										
生 年 月 日	大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女							
住 所	〒 会津坂下町 電話番号 — —												
住宅の所有者	本人との関係（ ）												
改修の内容・ 箇所及び規模			業者名										
			着工日	令和	年	月	日						
			完成日	令和	年	月	日						
改修費用	円		介護度										
会津坂下町長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 — — ㊞													

注意 ・この申請書の裏面に、領収書及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。
・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

居宅介護（支援）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店 出張所		種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ 口座名義人										

(表 面)

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費
受領委任払い承認願書兼同意書

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名		生 年 月 日	大・昭 年 月 日								
		性 別	男 ・ 女								
住 所	〒 会津坂下町 電話番号										
住宅の所有者	本人との関係（ ）										
改修の内容・ 箇所及び規模		施行業者名									
		着工予定日		令和 年 月 日							
		完成予定日		令和 年 月 日							
改修予定費用	円		要介護度								
会津坂下町長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給について、下記の事業者を受領を委任することの承認を得たいので申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 (被保険者) 氏名 電話番号 ⑩											
受 領 委 任 払 い 同 意 書 会津坂下町長 令和 年 月 日 (所 在 地) 受取人 (事業者名) (施工業者) (代表者職氏名) ⑩ (電話番号) 上記の被保険者が介護保険の住宅改修を利用するにあたり、被保険者に便宜を図るため、下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。 記 1 被保険者からは、居宅介護（支援）住宅改修費の介護保険給付額以外の費用を受領します。 2 介護保険給付額については、被保険者からの委任に基づき、町に対し所定の書類を添えて請求のうえ受領します。											

※裏面の注意事項に留意のうえ添付書類を添えて提出してください。

(裏 面)

注意事項

1. この承認願書のほか、次の書類を添付してください。
 - ①工事費内訳書（工事種別ごとに内容がわかるもの）
 - ②介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由書（様式第2号）
 - ③改修予定箇所ごとの現況写真（撮影日の入ったもの）
 - ④改修予定箇所が複数にわたる場合は平面図（工事箇所が確認できる書類）
 - ⑤改修を行う住宅の所有者が被保険者本人でない場合は、所有者の承諾書
2. 承認後に施行内容が変更になる場合は、この承認願書を再度提出して変更の承認を受ける必要があります。
3. 改修工事の完了後、被保険者（委任者）は、施工業者から「住宅改修費支給申請書」（様式第5号）に「工事完了証明」を受けるとともに、承認通知書に記載している自己負担分を業者に支払い、領収書の発行を受けてください。
また、被保険者（委任者）は、施工業者が発行する受領委任分（保険給付予定額）に係る請求書を添えて「住宅改修費支給申請書」を提出してください。

介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書
兼 工 事 完 了 証 明 書

フリガナ	被保険者番号									
被保険者氏名	生 年 月 日		大・昭		年 月 日					
	性 別		男		女					
住 所	〒 会津坂下町 電話番号									
住宅の所有者	本人との関係（ ）									
改修の内容・ 箇所及び規模					施行業者名					
					着 工 日		令和 年 月 日			
					完 成 日		令和 年 月 日			
改修費用	円				要介護度					
会津坂下町長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費の支給を申請します。 なお、当該申請に係る給付費の受領については、下欄の受取人に委任します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 （被保険者）氏名 電話番号 ㊞										
工 事 完 了 証 明 書 会津坂下町長 令和 年 月 日 （所 在 地） 受取人 （事業者名） （施工業者） （代表者職氏名） （電話番号） ㊞ 令和 年 月 日承認番号 により受領委任払いについて承認を受けた介護 保険居宅介護（支援）住宅改修工事について上記のとおり完了したので証明します。										

注意事項

1. 承認を得た工事内容に変更がない場合は、この申請書に次の書類を添付して提出してください。
- ①施工箇所ごとの完成写真（日付けの入ったもの）
 - ②被保険者が支払った分の領収書
 - ③施工業者の受領委任分（保険給付予定額）に係る請求書

受領委任払い請求書（住宅改修費）

令和 年 月 日

会津坂下町長

（事業者）
住 所
事 業 所 名
代表者氏名

㊞

にかかる受領委任払い費用について、次のとおり請求します。

金 額	円
委任者(被保険者)名	
摘 要	

※ 1 人につき、1 枚作成すること。

金融機関名		支 店 名	
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ 事業所の請求書は、この様式に限定するものではありません。

10 高齢者介護用品給付事業について

1) 概要

介護用品給付事業とは、在宅において介護を受けている高齢者に対し介護用品を給付することにより、高齢者等の経済的負担の軽減と福祉の増進を図ることを目的としています。

2) 対象者

- ①町内に住所を有し居住するおおむね65歳以上の方
 - ②要介護認定で要介護4または5の認定を受けた方
 - ③常時失禁状態にあり、介護用品の使用を必要としている方
- ※ただし給付対象者が介護保険料を滞納している場合は除く

3) 給付額(給付券交付)

- ①非課税世帯の方 ……月3000円
- ②課税世帯の方 ……月1000円

4) 手続き方法

- ①要介護者が給付を受けようとするときは高齢者介護用品給付申請書を窓口
に提出してください

※入院中は申請できません。退院後、在宅となってからです。

※給付開始は申請月の次月からになります

※給付券は3カ月ごとに交付します

5) 給付券で利用できる介護用品(町で指定する業者のみ)

平おむつ・紙おむつ・紙パンツ・尿とりパッド

高齢者介護用品給付事業 町指定業者

No.	事業所名	住所	電話番号
1	ケンコー堂薬局	会津坂下町字市中二番甲3610番地	0242-83-2343
2	ツルハドラッグ会津坂下店	会津坂下町字館ノ下126番地1	0242-84-2388
3	ツルハドラッグ会津坂下インター店	会津坂下町大字坂本字下新田丁317	0242-84-1268
4	ウエルシア薬局会津坂下東店	会津坂下町字小川原945	0242-83-7866
5	ダイユーエイト会津坂下店	会津坂下町大字気多宮字柳田1015	0242-84-1043
6	薬王堂メガステージ会津坂下店	会津坂下町大字気多宮字柳田1004	0242-23-8790
7	ニチイケアセンターばんげ	会津坂下町大字宮古字村西40番地3	0242-84-2201
8	カワチ薬品	会津坂下町字館ノ下70	0242-83-3080
9	マイム	会津若松市中央3丁目7番30号	0242-23-2922

6) 留意事項

次の場合が生じた時には必ず高齢者介護用品給付事業利用変更届出書を窓口
に提出してください。

- ①受給者が死亡し、又は本町の住民でなくなったとき
- ②医療機関に入院し、又は介護施設等に入所したとき

※上記条件に該当する場合は、翌月からは給付券を利用することはできません。

様式第2号（第5条関係）

会津坂下町高齢者介護用品給付申請書

年 月 日

会津坂下町長

申請者 住 所
氏 名

受給者	ふりがな		生年月日		年 月 日	
	氏名					
	住所	会津坂下町			性別	男・女
介護者	ふりがな		職業		続柄	
	氏名					
	住所	会津坂下町			性別	男・女
受給者の状況	要介護認定	要介護（ ）	認定期間	年 月 日～ 年 月 日		
	失禁状態の発生理由 および時期		理由（ ） 時期（ ）			
	よく購入する店舗					
意見書	*居宅介護支援専門員等の意見					
	上記のとおり確認しました。 (記載者の所属・氏名)					
同意書 会津坂下町高齢者介護用品給付事業の要件及び給付限度額を審査するため 私及び私の世帯員の税務資料を閲覧することに同意します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 (本人署名または記名押印)						

様式第 5 号（第 9 条関係）

会津坂下町高齢者介護用品給付事業利用変更届出書

年 月 日

会津坂下町長

届出人 住所
氏名
(利用者との続柄)
電話番号

下記の理由により変更がありましたので、会津坂下町高齢者介護用品給付規則第 9 条の規定により給付券を添えて届けます。

給付番号	
氏 名	
住 所	
事 由	1 給付券の有効期間が経過した。 2 本町の住民でなくなった。 3 利用者が死亡した。 4 利用者が入院した。 (入院先) 5 利用者が施設に入所した。 (施設名) 6 要介護認定が 4、5 以外になった。 7 その他 ()
上記事由発生日	年 月 日

11 サービス提供時の事故発生の防止及び事故発生時の対応

介護保険法令の中では、サービス提供中に事故が発生した場合は、町、利用者の家族、居宅介護支援事業者等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならないこととされています。

各事業所の管理者におかれましては、サービス提供時における事故の防止をするため、関係法令を遵守のうえ、「介護保険施設等における事故防止及び安全管理の徹底について」(令和20年10月31日付厚生労働省老健局事務連絡)の内容も再度確認いただくとともに、以下の項目についてもご留意いただき、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営めるように適切な対応をお願いいたします。

また、事故が発生した場合の対応方法について、事業所内であらかじめ定めておき、事故発生時には、町、入所者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、その原因の解明と再発生防止の対策を検討してください。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うなど関係法令を遵守のうえ適切な対応をお願いいたします。

なお、事故が発生した場合は、事故の内容に応じて事故報告書を作成し、2週間以内に報告するようお願いいたします。損害賠償等が発生した事故については、損害賠償等が終了した場合、その経過や結果についても報告書を作成し、提出をお願いいたします。

- 1 利用者に対し、適正かつ安全にサービスの提供が行えるよう、サービス内容、事業所内の設備・構造等の再点検を定期・不定期に行い、事故発生防止に努めること。また、点検により不具合が認められる場合は、速やかに対策を講ずること。
- 2 通所・短期入所サービス等で、利用者を送迎する場合は、交通・道路関係法令を遵守し、安全運転を心がけること。
- 3 全職員に対し、利用者の安全確保及び事故の防止について注意を促すこと。
- 4 事業所内において、事故が発生した場合の対応方法をあらかじめ定めておくこと。また、その内容について、全職員に周知し、共有を図ること。
- 5 万一、事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、ケアプランを作成した居宅介護支援事業者等に対し連絡を行うとともに、必要な措置を講ずること。また、賠償すべき事故の場合は、損害賠償を速やかに行うこと。
- 6 事故に遭われた利用者の家族、利用者等に対し、誠意をもって対応すること。
- 7 特に、サービス提供中の事故等により以下に該当するような事態が発生した場合、町に「事故報告書」を速やかに提出するようお願いいたします。
 - ①利用者が死亡した場合
 - ②利用者が生命の危機に陥った場合
 - ③利用者が入院した場合
 - ④利用者が救急搬送された場合
 - ⑤利用者に重大な事故(骨折以上)が発生した場合(県にも報告の必要あり)
 - ⑥サービス事業者や職員の故意により事故が発生した場合
 - ⑦事業者や職員に法令違反、不祥事等があった場合(職員が利用者に対し刑事的事件(窃盗、詐欺等)を起こした場合などを含む)
 - ⑧感染症や食中毒等の発生により、保健所へ報告した場合や集団発生した場合
 - ⑨その他、特に報告の必要がある場合

事 故 等 報 告 書

会津坂下町長

報告年月日 令和 年 月 日

報告者 事 業 者 所 在 地

事業者(施設)名及び代表者名

責 任 者 名

連絡先

1 利用者	フリガナ			被保険者番号					
	氏 名			利用者住所					
	性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
2 事故の 概要	発生日時	年 月 日 時 分	発生場所						
	概要 (経緯)								
	原因								
3 事故時 の対応	治療した医療機関名(所在地)								
	治療の概要								
	家族への連絡状況								
4 事故後 の対応	利用者の現況								
	再発防止に向けての今後の対応								
	損害賠償等の状況								

※記載しきれない場合は、別添を貼付してください。

Ⅲ 利用者負担限度額等について

1 負担限度額認定

(1) 概要

低所得の要介護者が介護保険施設に入所したときや短期入所サービスを利用したときは、町に「介護保険・負担限度額認定」の申請をして、利用者負担段階第1段階から第3段階に該当した場合、入所している介護保険施設へ限度額認定証を提示して、居住費（滞在費）・食費の軽減を受けることができます。

有効期間は、申請した日の属する月の初日（原則として遡及できません）から、7月31日までとなります。

▼支給要件の見直し 令和7年8月から下表の負担限度額を超える場合に介護保険から給付される特定入所者介護サービス費について利用者負担段階が細分化され、利用者負担第2段階、第3段階の方の食費における負担限度額が変わりました。また、令和8年8月より前年度所得状況における年金収入額が82.65万円に変更になり、第3段階①、②の方の居住費と食費が引き上げられます。

▼所得段階別の負担限度額（1日あたり） ※令和7年8月より適用※ 単位：円/日

利用者負担段階		所得状況	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室	食費
1	世帯全員が住民税非課税	生活保護受給者の方			550円		
		老齢福祉年金受給者の方	880円	550円	(380円)	0円	300円
2		前年の合計所得金額+年金収入が80.9万円以下の方	880円	550円	(380円)	430円	390円 (600円)
3-①		前年の合計所得金額+年金収入が80.9万円超120万円以下の方	1,370円	1,370円	(880円)	430円	650円 (1,000円)
3-②		前年の合計所得金額+年金収入額が120万円超の方	1,370円	1,370円	(880円)	430円	1,360円 (1,300円)

▼所得段階別の負担限度額（1日あたり） ※令和8年8月より適用※ 単位：円/日

利用者負担段階		所得状況	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室	多床室	食費
1	世帯全員が住民税非課税	生活保護受給者の方			550円		
		老齢福祉年金受給者の方	880円	550円	(380円)	0円	300円
2		前年の合計所得金額+年金収入が82.65万円以下の方	880円	550円	(380円)	430円	390円 (600円)
3-①		前年の合計所得金額+年金収入が82.65万円超120万円以下の方	1,370円	1,370円	(880円)	430円	680円 (1,030円)
3-②		前年の合計所得金額+年金収入額が120万円超の方	1,470円	1,470円	1,470円 (980円)	430円 (530円)	1,420円 (1,360円)

※介護老人福祉施設と短期入所生活介護を利用した場合の従来型個室の負担限度額は（ ）内の金額となります。

ただし、下記の（１）（２）のいずれかに該当する場合は、特定入所者介護サービス費は支給されません。

（１）住民税非課税世帯でも、世帯分離している配偶者が住民税課税の場合。

（２）住民税非課税世帯（世帯分離している配偶者も非課税）でも、預貯金などが基準を超える場合。

※上記（２）については令和３年８月から預貯金などの基準が利用者負担段階ごとに設定されます。

- ・第１段階　：預貯金などが単身 1,000 万円、夫婦 2,000 万円を超える場合
- ・第２段階　：預貯金などが単身 650 万円、夫婦 1,650 万円を超える場合
- ・第３段階①：預貯金などが単身 550 万円、夫婦 1,550 万円を超える場合
- ・第３段階②：預貯金などが単身 500 万円、夫婦 1,500 万円を超える場合

（２）添付書類

申請書のほか、同意書（本人及び配偶者署名）、本人及び配偶者の通帳等のコピーを町に提出してください。

※出資金・配当金・有価証券がある方（会津よつば農協含む）は残高照会もしくは出資金額がわかるものを添付して下さい

※負債（借入金・住宅ローン等）は、預貯金等から差し引いて計算しますので、借用証明書のコピー等も必要となります。

※配偶者が町外にいる場合は、お住まいの市町村の所得証明が必要となります。

（３）その他

町では、個人情報保護条例に基づき、個人の所得・課税情報にあたる被保険者の利用者負担段階等に関するお問い合わせにはお答えできません。利用者負担段階については、利用者がお持ちの限度額認定証を確認してください。

様式第36号 (第26条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

会津坂下町長 様

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号			
	個人番号			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
住 所	連絡先			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先			
入所（院）年月 日 (※)	年 月 日	(※)介護保険施設に入所（院）していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。		

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	個人番号	
	住 所	連絡先		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			

収入等に関する申告	☐ ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 (受給している年金は□して下さい。以下同じ。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。				
	☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。				
	☐ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
	預貯金額	円	有価証券 (評価額)	円	その他 (現金・負債を含む) ※ 円 ※内容を記入して下さい

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

会津坂下町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市（町村）長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

・ 住所

・ 氏名

（署名もしくは 記名・押印）

<配偶者>

・ 住所

・ 氏名

（署名もしくは 記名・押印）

2 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置

(1) 概要

本人または世帯員が市町村民税を課税されているときは、利用者負担第4段階に該当し、負担限度額の軽減対象者とはなりません。ただし、高齢者夫婦世帯等で一方が施設に入所し、食費・居住費を負担した結果、残された配偶者の在宅での生計が困難になるような場合は、特例減額措置があります。

この特例の対象は、以下の①～⑥の要件を全て満たす人です。対象期間は、③の要件に該当しなくなるまでの間で、食費もしくは居住費またはその両方について、利用者負担第3段階②の負担限度額が適用されます。

- ①その属する世帯の構成員の数が2人以上
- ②介護保険施設に入所・入院し、利用者負担第4段階の食費・居住費を負担
- ③世帯の年間収入から施設の利用者負担（1割負担、食費、居住費）の見込み額を除いた額が80万円以下
- ④世帯の現金、預貯金の額が450万円以下（預貯金等には有価証券債券等も含まれる）
- ⑤世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用しうる資産を有していない
- ⑥介護保険料を滞納していない

※適用額（利用者負担第3段階②）

単位：円／日

居 住 費				食 費
多床室	従来型個室	ユニット型準個室	ユニット型個室	1 3 6 0
430	1 3 7 0 (880)	1,370	1,370	

※介護老人福祉施設と短期入所生活介護を利用した場合の従来型個室の負担限度額は（ ）内の金額となります。

(2) 申請方法

申請書のほか、収入申告書、同意書を町に提出してください。申請時には以下のものを添付してください、

- 世帯員全員の所得証明書・源泉徴収票・年金支払通知書・確定申告書の写しその他収入を証明する書類
- 施設の契約書の写し
- 現金・預貯金の申告・通帳の写し（有価証券・債券等についてあれば申告）
- 固定資産税の納税通知書の写しがあれば添付

3 社会福祉法人等による利用者負担軽減

(1) 概要

介護保険のサービスを利用する低所得で、特に生計が困難な利用者に対して、その介護保険サービスを提供する社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみて、利用者負担の軽減を行うものです。

軽減対象者は、低所得で特に生計が困難である住民税世帯非課税者であって、次のすべてに該当し、町が認めた方です。

- ①年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- ②預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ③日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ④負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑤介護保険料を滞納していないこと。
- ⑥特定入所介護サービス費が支給されていること。

(2) 対象サービス

県に申し出のあった社会福祉法人等が運営する下記のサービス

- | | |
|-------------|-----------------|
| ○訪問介護 | ○介護予防訪問介護 |
| ○通所介護 | ○介護予防通所介護 |
| ○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 |
| ○介護老人福祉施設等 | |

(3) 軽減期間

適用期間は、毎年7月31日までで、8月に更新となります。また、適用開始は、申請をした月のサービス利用分からになります。(更新申請の場合は、7月利用分から適用となります。)

(4) 軽減割合

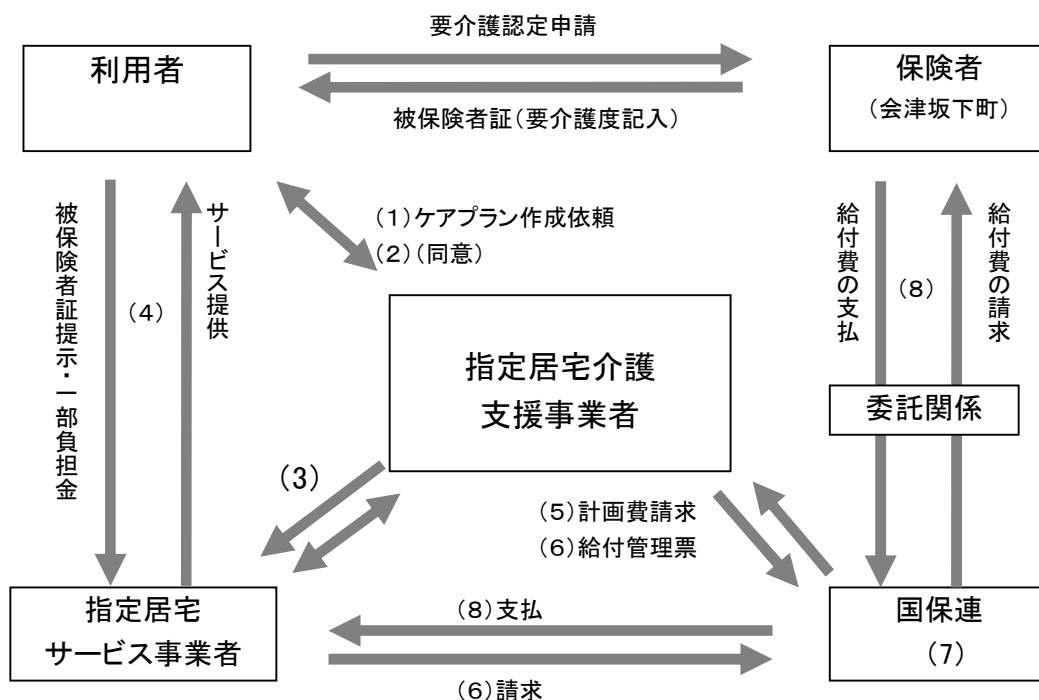
利用者負担、食費、居住費(滞在費)及び宿泊費の1/4が軽減されます(老齢福祉年金受給者は1/2を軽減)。また、高額介護サービス費との適用の関係については、社会福祉法人利用者負担軽減制度を適用してから、高額介護サービス費が算定されます。

(5) 申請方法

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書に介護保険被保険者証を添えて、町に提出してください。

Ⅳ 介護給付費の請求について

1 介護給付費請求・審査支払いの流れ



- (1) 受給者から依頼を受け、指定居宅介護支援事業者は、居宅サービス計画(ケアプラン)を作成します。
- (2) 作成された、居宅サービス計画は利用者の同意を得て有効となります。
- (3) 指定居宅介護支援事業者は、ケアプランを基に事業者ごとのサービス提供票を作成し指定居宅サービス事業者に送付します。
- (4) 指定居宅サービス事業者は、居宅サービス計画に基づいて各種の居宅介護サービスを提供します。受給者は、サービス利用料の自己負担分を指定居宅サービス事業者に支払います。
- (5) 指定居宅介護支援事業者は、サービス計画に基づいて給付管理票及び居宅サービス計画費の請求書を作成します。指定居宅サービス事業者は、提供したサービス実績に基づいて居宅サービス費の請求書を作成します。
- (6) 指定居宅介護支援事業者は、給付管理票及び居宅サービス計画費を国保連合会に請求(提出)します。指定居宅サービス事業者は、居宅サービス費の請求書を国保連合会に請求します。
- (7) 国保連合会では、受給者毎に介護報酬の請求総額を算出し、給付管理票と突合することにより指定事業者からの請求の審査を行います。
- (8) 国保連合会の審査結果に問題がなければ、各事業者への支払を行うと共に保険者(会津坂下町)へ、事業者への支払いに対する請求を行います。

2 介護給付費の過誤申立について

事業者から国保連へ請求された介護給付費明細書について、国保連の審査支払処理の結果、事業者へ介護給付費が支払われた後、誤り等が発見された場合に、請求を取り下げることができます。これを過誤申立と呼びます。

過誤決定された場合、その月の事業者への給付費の支払額は過誤額分が調整（減額）されて支払われます。

＜過誤の例＞

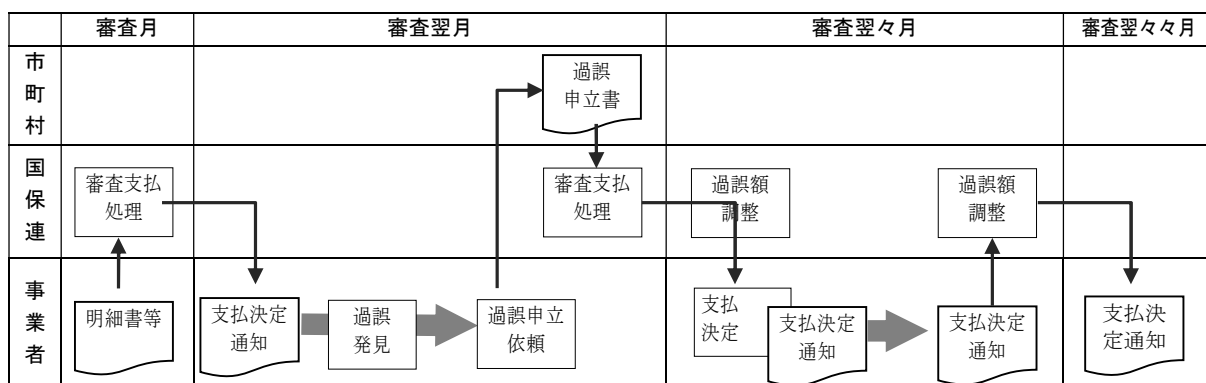
- ・通所介護で、要介護3の人の請求を誤って要介護2の費用で請求し、給付費の支払を決定され支払われた。
- ・訪問介護で、実際は8回訪問したが、誤って6回分の費用で請求し、給付費の支払を決定され支払われた。

事業者は、過誤があった場合は、市町村に過誤申立依頼を行う必要があります。市町村では毎月15日に国保連へ過誤申立を行います。

※ 会津坂下町では、過誤があった場合、統一した書式（介護給付費過誤申立依頼書）を事業者から町へ提出してもらうこととしています。

介護給付費過誤申立依頼書の町への提出は、社印を押印のうえ窓口に出してください。（10日頃までに過誤申立依頼があれば、その月の審査分で過誤処理されます）

国保連から過誤決定通知があった後は、国保連へ正しい請求（再請求）をしてください。過誤決定前に再請求すると二重請求になりますので注意してください。



＜参考＞

サービス事業所から請求があったが、居宅介護支援事業所から給付管理票が提出されていない場合

- ① サービス事業所からの請求は、3か月目まで「保留」扱いとなります。
- ② 「保留」の間は、国保連からサービス事業所へ送付される「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」の備考欄が「保留」となっています。
- ③ 3か月目までに給付管理票が提出されれば、審査にまわります。
- ④ 3か月目までに給付管理票の提出のない場合は、4か月目には国保連からサービス事業所へ送付される「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」の備考欄に返戻事由（エラーコード）が表示され、返戻となります。
- ⑤ サービス事業所と居宅介護支援事業所が連絡をとりあい、正しい請求をしてください。

3 生活保護・介護扶助等について

(5) 介護扶助の対象者

介護扶助は、生活保護受給者であり、介護保険法に規定する要介護、要支援状態にある者及び総合事業対象者を対象としています。

65歳以上の生活保護受給者は介護保険の第一号被保険者となりますので、個別の利用者負担分について介護扶助を適用します。

生活保護受給者は国民健康保険が適用除外のため、他の医療保険に加入していない大多数の40歳以上65歳未満の生活保護受給者は、介護保険の第二号被保険者となることができません。その被保険者以外の者が、介護保険と同様のサービスを受けた場合は、その介護費用の全額が介護扶助となります。

■ 介護保険(介護扶助)の対象者及び費用負担

生活 保 護 受 給 者	被保険者資格			介護給付の対象者	介護費用負担
	65 歳 以 上	介護保険 第一号 被保険者	市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の者	介護保険の要介護認定で要 介護又は要支援状態と認定 された者	原則として介護保険で 9 割、介護扶助で 1 割(利用者 負担分を負担する)
	40 歳 以 上	介護保険 第二号 被保険者	市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医 療保険加入者及び被扶養者	介護保険の要介護認定で1 6 種類の特定疾病※に起因 する要介護又は要支援状態 と認定された者	原則として介護保険で 9 割、介護扶助で 1 割(利用者 負担分を負担する)
	65 歳 未 満	被保険者 以外の者	被保護者は国民健康保険に加入 できないため、大多数は介護 保険の被保険者となること ができない	介護保険と同様の基準で1 6 種類の特定疾病※に起因 する要介護又は要支援状態 と認定された者	原則として介護扶助 10 割 (介護保険で給付対象となる 介護費用の全額を介護扶助 で負担する)

※ 16種類の特定疾病

筋萎縮性側索硬化症、後縦靱帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、多系統萎縮症、初老期における認知症、
 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、
 脳血管疾患、進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、閉塞性動脈硬化症、関節リウマチ、
 慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症、末期がん

なお、介護保険制度の被保険者でない40歳以上65歳未満の要保護者で、上記特定疾病により要保護状態にある者については、障害者自立支援法における自立支援給付等の活用が可能な場合は、その優先的な活用を図った上で、なお介護サービスの利用が必要不可欠であると認められる場合において、介護扶助の要否判定に当たり被保険者と同様に要介護状態の審査判定を受け、要介護状態に応じ介護扶助を受けることができるとされています。

V 事業に関する各種届出について

1 老人福祉法に定める届出について

(1) 概要

介護保険法による下表のサービスを提供する事業者は、老人福祉法の適用を受けます。老人福祉法に定める届出の提出先は県となります

(2) 届出が必要となるサービス

■ 居宅サービス(老人居宅生活支援事業・老人福祉施設)

介護保険法上の名称	老人福祉法上の名称
訪問介護	老人居宅介護等事業
夜間対応型訪問介護 ※	
通所介護	老人デイサービス事業 (老人デイサービスセンター)
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	老人短期入所事業 (老人短期入所施設)
介護予防短期入所生活介護	
小規模多機能型居宅介護 ※	小規模多機能型居宅介護事業
介護予防小規模多機能型居宅介護 ※	
認知症対応型共同生活介護 ※	認知症対応型老人共同生活援助事業
介護予防認知症対応型共同生活介護 ※	

注※は、会津坂下町が介護保険法に基づき指定を行うサービスです。

■ 施設サービス(老人福祉施設)

介護保険法上の名称	老人福祉法上の名称
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム

(3) 届出の種類

各届出書については、県のホームページ等を活用してください。

2 地域密着型サービス事業所、介護予防・生活支援サービス事業の各種届出について

(1) 指定の変更等各種届出

指定を受けた内容に変更が生じたときや事業の休止などをした場合は、やむを得ない事情がある場合を除き、すべての申請届出について「電子申請届出システム」より届出してください。

※やむを得ない事情とは電子機器を備えていない、災害等により電子機器を使用することができない等の事態を想定しています。

提出期限は、変更事由等の事実の発生から原則10日以内です。なお、廃止・休止届については、介護保険法の改正により、21年5月以降、廃止・休止後10日以内の事後届出制から1月前の事前届出制となりましたので留意してください。休止届出書を提出した場合は、半年後に事業実施の方針を報告してください。

(2) 介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業支給費)算定に係る届出

新たに事業所の指定を受ける際又は、指定を受けた後、体制に変更があった際には、介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業支給費)算定に係る体制等に関する届出を行う必要があります。

届出に係る加算等の算定期間は、下表のとおりです。

サービス区分	届出日	加算算定開始月
・夜間対応型訪問介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)	毎月15日以前	翌月
・地域密着型通所介護(18名以下) ・訪問型サービス ・通所型サービス ・居宅介護支援事業所	毎月16日以降	翌々月
・認知症対応型共同生活介護(介護予防、短期利用型含む)	届出受理日が月の初日	当該月
	届出受理日が月の初日以外	翌月

○介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業支給費)算定に係る体制等に関する届出

○介護給付費算定(介護予防・日常生活支援総合事業費算定)に係る体制等状況一覧表

◆電子申請届出システムとは、介護事業所の指定等申請についてウェブ入力・電子申請届出、及び指定権者の受付についてのウェブ入力・電子申請届出受付を実現するために作られたシステムです。本システムを利用することにより、文書作成や郵送、持参の手間が軽減されることとなりますのでご活用ください。

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所

指定申請書

年 月 日

会津坂下町長

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ							
	名 称							
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先		電話番号			FAX番号		
			Email					
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名		フリガナ 氏 名		生年 月 日	
代表者の住所		(郵便番号 ー) 県 郡市						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類			指定申請 対象事業 (該当事業に○)	既に指定を 受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事 業の開始予定年月 日	様 式	
	地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	夜間対応型訪問介護						付表1
		認知症対応型通所介護						付表2
		小規模多機能型居宅介護						付表3
		認知症対応型共同生活介護						付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表7
		複合型サービス						付表8
		地域密着型通所介護						付表9
	居宅介護支援事業						付表10	
	サ ー ビ ス 予 防 型	介護予防認知症対応型通所介護						付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3
介護予防認知症対応型共同生活介護						付表4		
介護保険事業者番号				(既に指定又は許可を受けている場合)				
医療機関コード等				(保険医療機関として指定を受けている場合)				

・ 裏面に記載に関する備考があります。

介護予防・生活支援サービス事業指定申請書

年 月 日

会津坂下町長

所在地
申請者
代表者氏名

会津坂下町介護予防・日常生活支援総合事業における事業所の指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職名及び氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏 名		
				生年月日		
代表者の住所	(郵便番号 -)					
申請をうけようとする事業所の種類	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	実施開始予定日	すでに指定を受けている事業の指定日		
			年 月 日	年 月 日		
			年 月 日	年 月 日		
			年 月 日	年 月 日		
介護保険事業者番号 (既に指定を受けている場合)						
添付書類	○指定居宅介護サービス事業者の指定、指定介護予防サービス事業者の指定又は指定居宅介護支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し ○指定地域密着型サービス事業者の指定、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定又は指定介護予防支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し					

変更届出書

年 月 日

会津坂下町長

開設者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所等		名称							
		所在地							
サービスの種類									
変更年月日		年 月 日							
変更があった事項(該当に○)		変更の内容							
	事業所(施設)の名称	(変更前)							
	事業所(施設)の所在地								
	申請者の名称								
	主たる事務所の所在地								
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所								
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	(変更後)							
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所								
	運営規程								
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制								
	本体施設、本体施設との移動経路等								
	併設施設の状況等								
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

介護予防・生活支援サービス事業指定変更届書

年 月 日

会津坂下町長

所在地
届出者 名 称
代表者

指定を受けた内容を変更したので、次のとおり届け出ます。

		介護保険事業者番号	
指定内容を変更した事業所		名 称	
		所 在 地	
		電話番号	
サ ー ビ ス の 種 類			
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容	
1	事業所・施設の名称及び所在地	(変更前)	
2	申請者の名称及び主たる事業所の所在地		
3	代表者の氏名及び住所並びに職名		
4	定款・寄附行為等及びその登録事項証明又は条例等（事業に関する者に限る。）		
5	事業所・施設の建物の構造、専用区画等		
6	事業所・施設の管理者の氏名及び住所		
7	運営規程	(変更後)	
8	協力医療機関・協力歯科医療機関		
9	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携、支援体制		
10	サービス費の請求に関する事項		
11	役員の氏名及び住所		
12	介護支援専門員の氏名、登録番号		
13	その他		
変 更 年 月 日		年 月 日	

備考 変更事項がわかる書類を添付すること。利用者の定員の増加に伴うものにあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態を記載した書類を添付すること。

第2号様式(第3条関係)

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

会津坂下町長

(名称)
申請者
(代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
	代表者の職名・氏名・ 生年月日	職名		フリガナ 氏 名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市			
事業所	事業等の種類				
	指定有効期間満了日				
	フリガナ 名称	-----			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
	フリガナ 名称				
管理者	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市			
	フリガナ 氏名	-----		生年月日	
	住所	(郵便番号 ー) 県 郡市			

- 別添 1 誓約書(参考様式 6)
2 介護支援専門員一覧(参考様式 7)

介護予防・生活支援サービス事業指定更新申請書

年 月 日

会津坂下町長

所 在 地
申請者
代表者氏名

会津坂下町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する事業所の指定更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職名及び氏名・生年月日	職名			フリガナ	
					氏 名	
生年月日						
代表者の住所	(郵便番号 —)					
指 定 の 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 —)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	事業の種類					
	指定の有効期限満了日					
介護保険事業者番号（既に指定を受けている場合）						
添付書類	○指定居宅介護サービス事業者の指定、指定介護予防サービス事業者の指定又は指定居宅介護支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し ○指定地域密着型サービス事業者の指定、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定又は指定介護予防支援事業者の指定を受けた、若しくは指定の申請を行った事業者は、当該指定申請に係る関係書類の写し及び当該指定の通知の写し					

(別紙3-2-(1))

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
 令和 年 月 日

会津坂下町長 殿

所在地

名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名 称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
	法人である場合その種別			法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名		氏名					
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市							
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称								
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
	主たる事業所の所在地以外の 場所の一部実施する場合の出 張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
	管理者の氏名								
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)
	夜間対応型訪問介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	地域密着型通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	療養通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	地域密着型特定施設入居者生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	複合型サービス			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	介護予防認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
居宅介護支援			1新規	2変更	3終了				
介護予防支援			1新規	2変更	3終了				
地域密着型サービス事業所番号等									
指定を受けている市町村									
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)							
既に指定等を受けている事業									
医療機関コード等									
特記事項	変 更 前				変 更 後				
関係書類		別添のとおり							

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所の一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙26)

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 年 月 日

会津坂下町長 殿

所在地
名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名		氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	管理者の氏名						
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	
	訪問型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了			
	訪問型サービス(独自・定率)			1新規 2変更 3終了			
	訪問型サービス(独自・定額)			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自・定率)			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自・定額)			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号							
特記事項	変 更 前			変 更 後			
関係書類		別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

Ⅵ 高額介護サービス費について

(1) 高額介護サービス費の概要

1 ヶ月に支払った利用者の負担(1割～3割)の合計が負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻されます。ただし、施設サービスの居住費(滞在費)・食費、日常生活費等は対象外です。また、福祉用具購入費、住宅改修費も含まれません。

区	分	負担の上限(月額)
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方	被保険者の年収	令和3年8月利用分から
	年収約 1,160 万円以上	140,100 円 (世帯)
	年収約 770 万円以上 ～約 1,160 万円未満	93,000 円 (世帯)
	年収約 380 万円以上 ～約 770 万円未満	44,400 円 (世帯)
世帯内のどなたかが市区町村税を課税されている方		44,400 円(世帯) ※同じ世帯の全ての 65 歳以上の方(サービスを利用していない方を含む。)の利用者負担割合が 1 割の世帯に年間上限額(446,400 円)を設定。
世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方		24,600 円(世帯)
前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間 80.9*万円以下の方等 *令和 8 年度 8 月より 82.65 万円に変更されます。		24,600 円(世帯) 15,000 円(個人)
生活保護を受給している方等		15,000 円(個人)

※「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

※「現役並み所得者に相当する方」とは、同一世帯内に課税所得 145 万円以上の 65 歳以上の方がおり、同一世帯内の 65 歳以上の収入合計が 520 万円以上(世帯内に 65 歳以上が 1 人のみの場合は 383 万円)の方を指します。

(2) 基準収入額適用申請書の届出

同一世帯内の全ての 65 歳以上の方(サービスを利用していない方を含む。)の利用者負担割合が 1 割で、同一世帯内に課税所得 145 万円以上の 65 歳以上の方がおり、同一世帯内の 65 歳以上の収入合計が 520 万円未満(世帯内に 65 歳以上が 1 人のみの場合は 383 万円未満)の方は、年間上限額に該当する場合があります。該当する可能性がある方へは、別途基準収入額適用申請書の申請勧奨通知をお送りしますので、期限内に申請をしてください。

様式第 31 号の 5(第 21 条の 2 関係)

介護保険基準収入額適用申請書

(申請先) 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

1	フリガナ		被保険者番号															
	被保険者氏名		個人番号															
	生 年 月 日		性 別															
2	フリガナ		被保険者番号															
	被保険者氏名		個人番号															
	生 年 月 日		性 別															
3	フリガナ		被保険者番号															
	被保険者氏名		個人番号															
	生 年 月 日		性 別															
住 所		連 絡 先																

氏 名				
年 中 の 収 入	公 的 年 金	円	円	円
	給 与 (パート収入等 を含む)	円	円	円
	() (年金・給与以 外の収入)	円	円	円
	合 計	円	円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

VII 介護予防事業について

1. 一般介護予防事業(旧一次予防事業)

(1)概要

高齢者が要介護状態に陥ることなく、健康でいきいきとした生活を送れるよう、介護予防教室の開催や高齢者向けサロンの支援を実施します。

(2)対象者

第1号被保険者の全ての者及び、その支援のための活動に関わる者。

(3)サービス内容

ふれあいいきいきサロン

各地区コミュニティーセンターや行政区の集会所を拠点に体操を中心とした住民主体のサロン活動の立ち上げと運営を支援する。地域の通いの場に参加してもらうことで、高齢者の社会参加、生きがいつくり、介護予防を図る。

会津坂下町社会福祉協議会が受託する生活支援コーディネーターがサロン運営の支援を行っている。一部の地域で月1回程度の頻度で開催されているので、詳細を知りたい方は社協にご相談ください。

(4)費用

①無料

②サロンにより異なる。無料のサロンや飲食代等の実費を会費に設定しているサロンもある。

VIII 地域包括支援センターについて

(1)概要

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい生活を続けられるよう支援する総合機関で、職員は、社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師等の専門職で構成されています。

地域包括支援センターは、高齢者の総合相談機関となっており、下記の事業を行います。

総合相談

専門職員が一人ひとりの相談に応じます。

また、高齢者の「孤立死の防止」、「高齢者虐待の防止」等をテーマに、介護保険だけでなくさまざまな制度や地域資源等との連携による、横断的な地域の支援ネットワークを作ります。

権利擁護、虐待の 早期発見・防止

高齢者の人権や財産を守るために、成年後見制度や日常生活自立支援事業などの活用を紹介し、また高齢者虐待への対応や早期発見・防止などに取り組みます。

ケアマネジャー 支 援

包括的・継続的にさまざまな支援が提供されるように、地域ごとの情報交換会の実施や、ケアマネジャーの支援を行います

介護予防 マネジメント

要支援1・要支援2の方の介護予防ケアプランの作成と、総合事業の対象者として選定された方（事業対象者）の介護予防ケアプランの作成などを行います。

介護予防サービス計画作成を受託する際の手順

順	手順	書類等	備考
1	委託契約	<初めて委託を受ける場合のみ> ①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約書	・地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が業務委託契約をしてあることが必要。
2	・利用者契約 ・役場に申請	<初回契約又は再契約が必要な場合のみ> ②指定介護予防支援サービス重要事項説明書 ③介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書 ④個人情報利用同意書 ⑤介護保険被保険者証 ⑥負担割合証 ⑦介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書 ⑧介護保険要介護認定等の資料交付請求書	②③④の説明・交付を地域包括支援センターが行う。 ⑤⑥のコピーを地域包括支援センターに提出。
3	アセスメント	⑦利用者基本情報 ⑧基本チェックリスト	・自宅訪問し、アセスメント実施。 ⑦のコピーを地域包括支援センターに提出。
4	介護予防サービス・支援計画書(原案)作成	⑨介護予防サービス・支援計画書(原案) ⑩利用票と別表	本人・家族の意向を確認しながら⑨を作成する。
5	サービス担当者会議	⑨介護予防サービス支援計画書の説明・同意・交付 ⑩利用票と別表の説明・交付	⑨地域包括支援センターの意見を記入。計画書のコピーを地域包括支援センターに提出。
6	・サービス開始 ・モニタリング ・評価	⑪支援経過記録 ・月に1回は電話や事業所訪問で、3か月に1回は自宅訪問でモニタリング実施。 ⑫介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価票	⑪支援経過はその都度記録。 ⑫地域包括支援センターの意見を記入。評価票のコピーを地域包括支援センターに提出。 ・計画書作成前に評価実施。
7	終了	⑫終了評価 ⑪終了までの支援経過	⑪支援終了時に地域包括支援センターにコピーを提出。 ⑫支援終了の場合に評価実施。

Ⅷ 高齢者福祉サービスについて

介護保険制度による介護サービス以外にも、以下のような高齢者支援事業を実施しています。

事業名 【対象者】	事業内容	個人負担等	問い合わせ先
長寿祝金事業 【町に1年以上住所を有する方】	誕生月の翌月（100歳は誕生日当日）に祝金を配付する。 ○100歳：10万円 ○ 90歳： 2万円 ○ 80歳： 2万円	—	福祉健康班 TEL 84-1522
軽度生活援助事業 【1人暮らし高齢者・高齢者世帯で所得税非課税世帯】	除雪（玄関から道路まで）・家事補助・雪囲いなどの雑作業・軽易な仕事を依頼できる。 ※屋根の雪おろし、除草は非該当	1時間150円 1ヶ月2回まで、1回2時間が限度	社会福祉協議会 TEL 83-1368
日常生活用具給付事業 【一人暮らし老人等】	緊急通報装置を設置する。	住民税課税状況により個人負担あり	社会福祉協議会 TEL 83-1368
配食サービス事業 【一人暮らし老人等】	調理が困難な方等へ安否確認を含め、月・水・金（昼食）の中から週2回選んでもらい、弁当を配達する。	1回300円	社会福祉協議会 TEL 83-1368
寝具乾燥消毒サービス事業 【在宅の寝たきり老人等】	業者による寝具の洗濯消毒等を年1回実施する。	特殊なものを除き負担なし	社会福祉協議会 TEL 83-1368
家庭系ごみ戸別収集事業 【一人暮らし老人、高齢者・障がい者のみで構成される住民税非課税世帯】	ごみを集積所まで出すことが困難な対象世帯に対し、安否確認も含めごみの戸別収集を週1回実施する。	個人負担なし	保険年金班 TEL 84-1513
成年後見制度利用支援事業 【成年後見制度の利用が必要な高齢者で、申立人となるべき者がいない方】	対象者の状況により、町長が成年後見申立人となり、後見人等に対する報酬の支払い等が困難な場合、家庭裁判所の審判に基づき、町が費用を負担する。	本人の収入等の状況により、家庭裁判所の審判に基づく負担を求める場合あり	保険年金班 TEL 84-1513

【その他のサービス】

(1) NPO 法人こころの森による「介護サポート・センター」

この事業は、従来の家族による介護を補うものとして実施する「有償ボランティアによる相互援助活動」です。介護の援助をしてほしい人（依頼会員）と、介護の手助けをしたい人（提供会員）をマッチングすることにより高齢者介護の支援を行います。



こころの森

介護サポート・センター

有償ボランティア事業

会員組織の
地域の中
相互援助活動
で助け合い



介護サポート事業って？（主に家事サポートです）

介護の援助をしてほしい方（依頼会員）と介護の手助けをしたい方（提供会員）で組織され、会員の相互援助活動により高齢者介護の支援を行います。



こんなことを
応援します。

<援助内容>

- ・食事の準備やあと片づけ
- ・部屋の清掃や衣類の洗濯
- ・通院時や買い物の付き添い
- ・病院等への薬とりや受付予約
- ・事業所等への情報提供



ただし介護保険適用外のサポートになります

☆お問い合わせ・お申し込み先☆

“こころの森” 介護サポート・センター

電話・Fax 0242-83-0708

(2) 介護(福祉)タクシー

介護(福祉)タクシーは介護保険(訪問介護)を利用することが出来るタクシーや「車いす等」のまま移動可能なタクシーのことを言います。

また、介護保険(訪問介護)対応と介護保険外の二つに分かれます。介護保険対応は、「要介護1」以上の方でケアマネージャーが必要と判断した方についてヘルパーが乗降介助を行います。ただし、乗降介助についてのみ介護保険が適用になります。

会津幸労人(あいづコロニー)

大字五香字京出免

0242-83-0887

介護タクシーひまわり

字四十石 322-30

0242-83-5506

X 介護保険料の納め方について

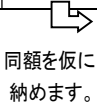
介護保険料の納め方は年金の額によって2通りに分かれていますが、「保険料が今まで年金天引きだったのに？」という質問等が多く寄せられますので、以下に納め方を掲載します。

1 年金が年額 18 万円以上の方⇒年金からの「天引き」(特別徴収)

(1)天引きの仕組み

- ・年金の支払月に年 6 回に分けて天引きになります。
- ・特別徴収の対象者になると、天引きは概ね 6 か月後からになります。

(2)仮徴収・本徴収とは??

←前年度			本年度⇒					
10 月	12 月	2 月	4 月	6 月	8 月	10 月	12 月	2 月
			仮徴収			本徴収		
			仮算定(暫定賦課)			本徴収(本算定賦課)		
			65 歳以上の方の保険料は、町民税の課税の確定する 6 月以降に決定します。そのため、4, 6, 8 月は確定した保険料で徴収できないため、前年度 2 月期と同額の「仮徴収」の形式をとります。			10、12、2 月は、確定した年間保険料額から仮徴収分を除いた額を 3 回に分けて徴収します。		

2 年金が年額 18 万円未満の方⇒「納付書」で各自納めます(普通徴収)

(1)納め方

- ・町から納付書が送付されるので、取扱い金融機関等で納めます。
- (なかなか外出ができない方は、口座振替が便利です。)

(2)こんなときも納付書で納めることになります。

○年度途中で保険料が増額になった

⇒ 増額分を納付書で納めます。

○年度途中で 65 歳になった
○年度途中で老齢(退職)年金・遺族年金・障害年金の受給が始まった。
○年度途中で他市町村から転入した
○保険料が減額になった
○年金が一時差し止めになった など

⇒ 原則、特別徴収の対象として把握される月のおおむね 6 か月後から天引きになります。
それまでは、納付書で納めます。

XI 介護保険負担割合証について

平成30年度の介護保険制度改正により、これまで介護サービスを受けた際の自己負担額は1割（一定以上の所得がある方は2割）でしたが、平成30年8月より65歳以上の方（第1号被保険者）であって、現役並みの所得のある方は3割負担となります。

1 対象者

65歳以上の方で、合計所得金額が220万円以上の方は3割負担となります。ただし、合計所得金額が220万円以上であっても、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割負担又は1割負担になります。

2 負担割合証再交付

要介護・要支援認定を受けた方は、利用者負担割合に関わらず、負担割合が記された証（負担割合証）が交付されます。紛失された場合は役場窓口で再交付いたしますので、「介護保険被保険者等再交付申請書」を記入して提出してください。

XII 特例入所について

介護保険法の改正により、平成27年4月1日以降の特別養護老人ホームの入所に関して要介護3以上でなければ入所できないことになりました。しかし、やむを得ない場合は要介護1・2の方の特例的な施設への入所(特例入所)が認められます。

施設は判定会議にあがった要介護1・2の方に関して、申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するために「介護老人福祉施設特例入所意見書交付願」を町に提出し、保険者の意見を求める必要があります。

町は、担当の介護支援専門員から地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や、居宅における生活の困難度を聞き取りし、聞きとった内容を踏まえて施設に対して意見を表明します。

1 特例入所の手順

- ① 施設の検討会議により入所者の優先順位をつける。
- ② 上位者に要介護1又は2の方がいた場合、町の意見書をいただく。
- ③ 実態調査を行い、町の意見書が届いた後に判定会議を行う。
- ④ 判定会議で認められれば、入所できる。

2 施設から町への提出物

- ① 介護老人福祉施設特例入所意見書交付願
- ② 特別養護老人ホーム個別状況調査票

3 町から介護支援専門員への聞き取り内容

- ① 申込者の心身の状態
- ② 主介護者の状況(家族の状況)
- ③ 現在のサービス利用状況・他サービスの利用検討の有無 など

特例入所に該当するかを判断するため、担当のケアマネージャーに心身の状態等を確認します。ご協力よろしくお願いいたします。