

寒河江市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の4第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施に関し、法及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱で使用する用語は、法、施行規則及び地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」別紙。以下「通知」という。）で使用する用語の例による。

(事業の内容)

第3条 市長は、総合事業のうち、次に掲げる事業を行うものとする。

(1) 法第115条の4第1項第1号の事業として次に掲げる事業

ア 第1号訪問事業

- (ア) 訪問型サービス
- (イ) 訪問型サービスA
- (ウ) 訪問型サービスB
- (エ) 訪問型サービスC
- (オ) 訪問型サービスD

イ 第1号通所事業

- (ア) 通所型サービス
- (イ) 通所型サービスA
- (ウ) 通所型サービスB
- (エ) 通所型サービスC

ウ 第1号生活支援事業

エ 第1号介護予防支援事業

- (ア) ケアマネジメントA
- (イ) ケアマネジメントB
- (ウ) ケアマネジメントC

(2) 法第115条の4第1項第2号の事業として次に掲げる事業

- ア 介護予防把握事業
- イ 介護予防普及啓発事業
- ウ 地域介護予防活動支援事業

エ 地域リハビリテーション活動支援事業

オ 一般介護予防事業評価事業

(支給限度額)

第4条 居宅要支援被保険者（法第53条に定める居宅要支援被保険者をいう。以下同じ。）

が前条第1号ア及びイに掲げる事業のうち、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）第5条による改正前の介護保険法第8条の2第2項及び第7項に規定する介護予防訪問介護相当のサービス及び介護予防通所介護相当のサービス（以下「介護予防訪問介護相当サービス等」という。）として利用する場合の支給限度額は、法第55条第1項の規定により算定した額とする。

2 事業対象者（国が定める基本チェックリスト（地域支援事業実施要綱別記1第1の1の(1)(ウ)④(a)による基本チェックリスト。以下「基本チェックリスト」という。）の実施結果により1つ以上の基準に該当した者をいう。）が介護予防訪問介護相当サービス等を利用する場合の支給限度額は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成12年厚生省告示第33号）第2号イに規定する単位数により算定した額とする。ただし、事業対象者が退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながる等の場合で、第1号介護予防支援事業を行う地域包括支援センター等担当職員が総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書（様式第1号）を市長へ申請し、総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更承認通知書（様式第2号）により変更が認められた場合は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額第2号ロに規定する単位数により算定した額とすることができる。

(高額介護予防サービス費等相当事業)

第5条 市長は、総合事業において、法第61条に規定する高額介護予防サービス費及び法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費の支給に相当する額を支給するものとする。

2 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の支給に相当する額の支給申請については、高額総合事業サービス費支給申請書（様式第3号）及び高額医療合算介護サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第4号）により市長へ申請するものとする。

3 市長は、申請書を受理したときは、審査のうえ高額総合事業サービス費支給（不支給）決定通知書（様式第5号）及び高額医療合算総合事業サービス費支給（不支給）決定通知書（様式第6号）により申請者へ通知するものとする。

(受託者の遵守事項)

第6条 法第115条の47第4項に基づき総合事業を委託する場合は、受託者は、施行

規則第140条の69各号に掲げる基準を遵守しなければならない。

(第1号事業の利用の手続)

第7条 居宅要支援被保険者及び事業対象者(以下「居宅要支援被保険者等」という。)は、介護予防訪問介護相当サービス等を利用しようとするとき(居宅要支援被保険者が介護予防サービスを併せて利用しようとするときを含む。)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(様式第7号)により、市長に届け出なければならない。

2 市長は、前項の届出をした者のうち事業対象者について、当該者が事業対象者である旨、基本チェックリストの実施日等を被保険者証に記載し、これを返付するものとする。

3 第1項の届出は、居宅要支援被保険者等に代わって、当該者に対して第1号介護予防支援事業を行う地域包括支援センターが行うことができる。

4 事業対象者が自立・回復又は認定申請等を行った場合は、速やかに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終了届出書(様式第8号)により、市長に届け出なければならない。

(利用申込)

第8条 市長が第3条第1号アからウに掲げる事業を委託する場合は、当該事業を利用しようとする者(以下「申請者」という。)は、寒河江市介護予防・日常生活支援総合事業利用申込書(様式第9号)を市長に提出しなければならない

(利用決定)

第9条 市長は、前条の規定による申込書の提出があったときは、速やかに介護予防ケアマネジメントを行い、利用を決定するものとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、総合事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

様

寒河江市長

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更承認通知書

年 月 日付で申請のあった総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請については、次のとおり決定したので通知します。

利用者

氏名 (被保険者番号)

住所

生年月日

区分支給限度額変更等の適否

変更の対象と認めます。

期間 年 月 日から
年 月 日まで

変更の対象と認めません。

理由

条件

高額総合事業サービス費支給申請書

年 月 分

フリガナ 被保険者名		個人番号																	
生年月日		年 月 日																	
住 所		電話番号																	
当該月分の 支払額合計		円																	
世帯 構 成		世帯主	氏 名	生 年 月 日	介護保険の被保険者の場合 被 保 険 者 番 号														
		世帯員																	
寒河江市長 様 上記のとおり関係書類を添えて高額総合事業サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 Ⓜ 電話番号																			

- 注意
- ・ 給付制限を受けている方については、高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。
 - ・ 今回の支給以降、高額総合事業サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 - ・ 被保険者氏名と次の口座名義人が異なる場合には、委任状を添付してください。

高額総合事業サービス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		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				

寒河江市記入欄

区 分	世帯主集約 番 号	領収書 確認欄	給付制限 状 況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	

様式第4号

(表面)

高額医療合算介護サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
申請携帯	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）			2. 1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡あり）	
	3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）			4. 死亡・生保適用・海外移住等計算期間中申請	

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女	個人番号	
氏名						計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		

後期高齢者医療資格情報			
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間

介護保険資格情報																		
振込口座	金融機関名					店舗名					種別	普通・当座		口座番号				
	口座名義カタカナ																	

保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

寒河江市長 様

① 上記対象者について、高額医療合算介護（予防）サービス費(高額介護合算療養費)の支給を申請し
 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合には、①・②のいずれも丸で囲んでください。
 高額医療合算介護（予防）サービス費(高額介護合算療養費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

申請日 年 月 日

申請者 住所 電話番号 氏名

(裏面)

備考

この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項

1 高額医療合算介護（予防）サービス費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した額が一定の限度額を超えた場合には、その超えた額が高額医療合算介護（予防）サービス費(高額介護合算療養費)として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する介護保険(医療保険)の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄の「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する介護保険(医療保険)に変更があった場合には、保険者加入歴欄に以前に加入していた介護保険(医療保険)の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には、同証明書整理番号を記載してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。
なお、申請対象年度末日に加入している介護保険(医療保険)については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合には、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載してください。
例) 口座管理番号2の被保険者への支給額を口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合には、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
 - ア 国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者の場合
当該医療保険者（広域連合）の所在地及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - イ 健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者の場合
健保組合等被用者保険の名称、所在地及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ウ 死亡、海外移住、生活保護法の適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者の場合（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く。）
被保険者資格を喪失した年月日及び被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主及び世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等には、複数枚に渡ることがわかるように右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称及び加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けて自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

2 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合には、本市の保険者番号を記載してください。
- (2) 各介護保険(医療保険)資格情報ごとに複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合には、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

- 1 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 2 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）+保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“00”（退職者医療に係るものは“67”）とし、介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする）+保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

第 号
年 月 日

住所
氏名

様

寒河江市長 氏 名 ㊟

年 月分
高額総合事業サービス費
支給（不支給）決定通知書

標記利用分の支給額については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

受 付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
本 人 支 払 額	円		

支 給 金 額	円
不支給・減額の理由	

支 払 方 法			
<input type="checkbox"/> 窓 口 払		<input type="checkbox"/> 口 座 払	
お持ちいた だくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑 	振 込 先	金 融 機 関
			口 座 種 目
支 払 場 所			口 座 番 号
支 払 期 間	年 月 日～ 年 月 日 月曜から金曜 午前 時～午後 時		口座名義人

支払予定年月日 年 月 日

問い合わせ先

寒河江市高齢者支援課介護福祉係

住 所 991-0021 山形県寒河江市中央二丁目2番1号ハートフルセンター内

電話番号 0237-86-2111 (内線621)

審査請求及び取消訴訟

- 1 この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、山形県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、寒河江市を被告として（訴訟において寒河江市を代表する者は寒河江市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

住 所 山形市松波2丁目8-1 山形県介護保険審査会

電話番号 023-630-3123

住所

氏名

様

寒河江市長 氏 名 ㊟

高額医療合算総合事業サービス費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額医療合算総合事業サービス費支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間	年 月 日	～	年 月 日
申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円	支給額	円
給付の種類	高額医療合算総合事業サービス費額		
備考			

支 払 方 法			
<input type="checkbox"/> 窓口払		<input type="checkbox"/> 口座払	
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> この通知書 介護保険被保険者証 申請書に使用した印鑑 	振込先	金融機関
支払場所			口座種目
支払期間	年 月 日～ 年 月 日 月曜から金曜 午前 時～午後 時		口座番号
			口座名義人

支払予定年月日 年 月 日

問い合わせ先

寒河江市高齢者支援課介護福祉係

住 所 991-0021 山形県寒河江市中央二丁目2番1号ハートフルセンター内

電話番号 0237-86-2111 (内線621)

審査請求及び取消訴訟

- この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、山形県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 上記1の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、寒河江市を被告として（訴訟において寒河江市を代表する者は寒河江市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

住 所 山形市松波2丁目8-1 山形県介護保険審査会

電話番号 023-630-3123

様式第7号

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

										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											
					明・大・昭			男・女											
					年 月 日														
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター																			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名			介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地			〒991-0021													
寒河江市地域包括支援センター			寒河江市中央二丁目2番1号 電話番号 0237(86)2111																
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 ※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若しくは地域包括支援センター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 (年 月 日付)																			
寒河江市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は 介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 () 氏 名																			
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号																	
		0	6	0	1	2	0	0	0	1	7								

1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに寒河江市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず寒河江市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。

3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

様式第8号

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終了届出書

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の作成を依頼していた介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼していた地域包括支援センター												
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地					〒991-0021					
寒河江市地域包括支援センター		寒河江市中央二丁目2番1号 電話番号 0237(86)2111										
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 ※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していた 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 ()					
<p>寒河江市長 様</p> <p>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成 又は介護予防ケアマネジメントの依頼を終了したことを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 氏 名</p> <p>電話番号 ()</p>												
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号											
	0	6	0	1	2	0	0	0	1	7		

- 1 この届出書は、「事業対象者」終了手続きに使用するものです。
- 2 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメント依頼を終了した事由が生じたときは、速やかに必ず寒河江市へ届け出てください。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

