

介護保険の市町村特別給付(ミドルステイサービス・緊急ショートステイサービス・緊急一時保護サービス・災害時ショートステイサービス)にかかる事務処理概要と費用請求等に関する手続きについて(ご案内)

1. 制度の概要等

- (1) 制度の概要 別添「市町村特別給付の概要について」のとおり
- (2) 事務処理の流れ 別添「サービス費支給までの流れ」のとおり
- (3) 留意事項 別添「市町村特別給付利用における留意事項」のとおり

2. 実績報告と請求期限

市町村特別給付は、3月から2月利用分の1年間を下記の4期に分けて、費用請求をしていただくこととなります。期限を超過する可能性がある場合も、一度ご相談ください。

【請求明細表(後段に記載の3(1)③)の提出期限】

- (第1期) 3月～5月利用分 提出期限：6月30日
- (第2期) 6月～8月利用分 提出期限：9月30日
- (第3期) 9月～11月利用分 提出期限：1月4日
- (第4期) 12月～2月利用分 提出期限：3月31日

3. 費用請求等に関する手続き

(1) 請求できる費用

市町村特別給付では、ショートステイにかかる費用の内、支給限度基準額まで使ったうえで、法定給付で請求できない部分について、ご請求ください。

(2) 提出いただく書類

- ① 請求書
- ② (実施施設指定後、初回のみ) 「市町村特別給付費(ミドルステイサービス費・緊急ショートステイサービス費・緊急一時保護サービス費・災害時ショートステイサービス費) 口座振替指定書」
- ③ 「ミドルステイサービス費請求明細表」
「緊急ショートステイサービス費請求明細表」
「緊急一時保護サービス費請求明細表」
「災害時ショートステイサービス費請求明細表」

(3) 記入方法

① 請求書

- ・「(1)小計」欄に請求金額(請求明細表右下部分の「請求金額の計」)を記入し、

請求者又は履行届出者の住所(所在地)、氏名(名称、請求者の職及び氏名)をご記入ください。

- ・「(2)消費税及び地方消費税に相当する額」欄は記入不要です。
- ・「口座振替依頼」欄にも必要事項を記入してください。※登録債権者番号は不要→②の「市町村特別給付費口座振替指定書」における内容と同じ内容で記載してください。

②「市町村特別給付費(ミドルステイサーサービス費・緊急ショートステイサーサービス費・緊急一時保護サービス費・災害時ショートステイサーサービス費)口座振替指定書」

初回のみの提出で結構です。

※ただし、変更の必要が生じた場合には、下記問い合わせ先までご請求いただければ、所定の様式を送付いたします。

・兵庫県国民健康保険団体連合会に対して届出を行っている(「介護給付費の請求及び受領に関する届」記載の)内容と同一内容でご記入ください。

【法人名称、住所、代表者職氏名】

事業所の経営主体の名称、所在地、代表者の職及び氏名を記入のうえ、代表者印を押印してください。

【事業所名称、所在地】

市町村特別給付費サービス提供事業所の名称、所在地を記入してください。

【請求者名称、住所】

市町村特別給付費の請求者の名称、住所、請求者の職及び氏名を記入のうえ、請求者印を押印してください。

【振込口座欄】

上記請求者名義の口座情報を記入して下さい。

※(請求者名称、住所)(振込口座欄)の内容は、①「請求書」における「請求者」、「履行届出者」「口座振替依頼」欄と同一内容になるよう願います。

③「ミドルステイサーサービス費請求明細表」「緊急ショートステイサーサービス費請求明細表」「緊急一時保護サービス費請求明細表」「災害時ショートステイサーサービス費請求明細表」

- ・居宅介護サービス費の支給対象とならなくなった日以降の利用日数分(支給限度基準額を超える利用日数分)が、請求対象となります。
- ・また、「請求金額の計」欄(右下)で求められる金額が、貴事業所に対する市町村特別給付費(ミドルステイサーサービス費・緊急ショートステイサーサービス費・緊急一時保護サービス費・災害時ショートステイサーサービス費)の支給額となります。
- ・確認検査を行うため、お手数ですが、利用者の該当月のサービス利用票(写)、サービス利用票別表(写)を添付していただくようお願いします。

(4) その他留意いただく事項

①「ミドルステイサービス利用届出書」「緊急ショートステイサービス利用認定申請書」「緊急一時保護サービス利用認定申請書」「災害時ショートステイサービス利用届出書」の提出

それぞれのサービスの利用の際に、利用(認定)申請・届出が必要となります。

「ミドルステイサービス利用届出書」「緊急ショートステイサービス利用認定申請書」「緊急一時保護サービス利用認定申請書」「災害時ショートステイサービス利用届出書」を利用者(居宅要介護被保険者等)の方にご記入いただき、当該サービス提供事業所を通じて介護保険課あてに提出いただくようお願いします。

※利用があれば、申請は速やかにお願いいたします。遅れての提出の場合認められない場合がありますのでご了承ください。

■神戸ケアネットのアドレス

https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/business/annaitsuchi/kaigoservice/kiteiyoushiki/middle_kinkyu.html

【書類提出・問い合わせ先】

〒650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1 神戸市福祉局介護保険課管理担当
MAIL kaigo_kanri@office.city.kobe.lg.jp TEL(078)322-6228 FAX(078) 322-6049