

横須賀市特別給付サービス  
(施設入浴サービス・搬送サービス)

届出の手引き

横須賀市 民生局 福祉こども部 介護保険課

# 目 次

1	事業所の変更・廃止の届一覧表	2
(1)	変更届	
(2)	廃止・休止・再開届	
2	特別給付サービス利用届出書について	5
(1)	特別給付サービス利用届出書	
(2)	提出書類	
(3)	提出期限	
(4)	サービス利用届出書に関するQ&A	
3	届出様式	7
	・ 経歴書	
	・ 平面図	
	・ 代理受領に係る届出書、委任状	
	・ 登録事項変更届出書	
	・ 事業（休止・再開）届出書	
	・ 特別給付サービス利用届出書（施設入浴サービス）	
	・ 特別給付サービス利用届出書（搬送サービス）	

# 1 事業所の変更・廃止の届一覧表

(1) 変更届 ★提出期限：変更後 10 日以内

①法人関係

変更内容		必要書類	
		届出用紙	添付書類
法人代表者の交代 (氏名・住所変更を含む)		第 8 号様式	謄本 or 登記事項証明書 + 法人役員名簿
法人の住所変更 (転居・住居表示変更を含む)		第 8 号様式	謄本 or 登記事項証明書 or 市町村発行住居表示変更証明
法人の名称変更 (合併を除く)		第 8 号様式	謄本 or 登記事項証明書
法人の名称変更 (合併による)		※変更ではなく、「廃止」と「新規」の申請になります。	
法人の電話、FAX 番号		第 8 号様式	なし
法人区分 の変更	有限⇒株式	第 8 号様式	謄本 or 登記事項証明書
	上記以外	※変更ではなく、「廃止」と「新規」の申請になります。	

※ 謄本 (登記事項証明書) は原本を添付してください。

※ 市内に複数の特別給付サービス事業所を運営する法人にあって、当該法人に関する事項を変更する場合は、添付書類を省略することができます。

## ②事業所関係

変 更 内 容	必 要 書 類	
	届出用紙	添付書類
事業所の住所	第 5 号様式 第 8 号様式	不動産の謄本 or 賃貸借契約書 + 写真
事業所の住所表示	第 8 号様式	謄本 or 登記事項証明書 or 市町村発行住居 表示変更証明
事業所の名称	第 8 号様式	なし
事業所の電話、 F A X 番号	第 8 号様式	なし
事業所のレイアウト変更	第 5 号様式 第 8 号様式	平面図及び写真

## ③人員関係

変 更 内 容	必 要 書 類	
	届出用紙	添付書類
管理者の交代	第 3 号様式 第 8 号様式	委任状（法人代表者から支給申請・給付費 受領に係る事務を委任されている場合）
管理者の氏名（婚姻等によ る場合）	第 8 号様式	委任状（法人代表者から支給申請・給付費 受領に係る事務を委任されている場合）
管理者の住所変更	第 8 号様式	なし
管理者以外の従業者の 交代・増減	<p>※変更届は原則不要です。（運営指導等にて人員配置について確認をします。）</p> <p>※必要があれば市から連絡し提出してもらうので、資格証・雇用契約書・履歴書・出勤簿等は各事業所できちんと保管してください。</p> <p>※減員の場合、人員基準欠如にならないよう注意してください。</p>	

④営業内容等・その他

変更内容	必要書類	
	届出用紙	添付書類
営業日・営業時間	第8号様式	運営規程
サービス提供日・サービス提供時間	第8号様式	運営規程
実施地域	第8号様式	運営規程
利用料金（実施地域外の交通費）	第8号様式	運営規程、料金表
利用料金（日常生活費等） <u>※施設入浴サービスに限る</u>	第8号様式	運営規定、料金表
代理受領に係る指定口座の変更	第7号様式 第8号様式	委任状（法人代表者から支給申請・給付費受領に係る事務を委任されている場合）

(2) 廃止・休止・再開届

★提出期限：廃止・休止…廃止、休止の1ヶ月前までに  
再 開…再開後10日以内

届出内容	必要書類	
	届出用紙	添付書類
廃止届	第9号様式	指定通知書（原本）
休止届	第9号様式	
再開届	第9号様式	勤務表、資格証、その他再開を確認するために必要な書類

※休止期間は最大で6ヶ月です。休止期間の終了日までに事業の再開または廃止を検討し、再度、再開届又は廃止届を提出してください。（自動的に休止から廃止・再開になるわけではありませんのでご注意ください）。

## 2 特別給付サービス利用届出書について

### (1) 特別給付サービス利用届出書

特別給付の対象となるサービスは、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「ケアプラン」という。）に記載があるサービスと定められています。従って、他の居宅サービスと同様に、ケアプランに基づいた適切なサービス提供を行うことが求められています。

市は、特別給付サービスが確実にケアプランに記載され、ケアプランに基づいたサービス利用が行われていることを把握するとともに、各サービスの要件を満たした適切な単位の算定が行われているかの確認等を行う必要があります。

このため、特別給付サービスの事業者は、新規で特別給付サービスを利用する者の支給申請をする場合やサービスの利用状況に変更があった場合などに、特別給付サービス利用届出書（以下「届出書」という。）を市に提出する必要があります。

### (2) 提出書類について

#### ア 【施設入浴サービス】

- ①特別給付サービス利用届出書（第13号の1様式）
- ②居宅サービス計画書第1表（署名があるもの）・第2表・第3表の写し  
※ケアプランの期間内に特別給付サービス開始月が含まれているものを提出してください。

#### イ 【搬送サービス】

- ①特別給付サービス利用届出書（第13号の2様式）
- ②居宅サービス計画書第1表（署名があるもの）・第2表・第3表の写し又は介護予防サービス支援計画書（署名があるもの）の写し  
※ケアプランの期間内に特別給付サービス開始月が含まれているものを提出してください。
- ③地図（あれば写真も）  
※居宅から移動車両の駐車位置までが掲載されている地図にマーカー等で印をつけてください。

### (3) 提出期限

- ・申請書等の初回提出時に併せて提出してください。

**※未提出の場合は未提出利用者分のみ給付費の  
支給が保留になりますのでご注意ください！！**

#### (4) サービス利用届出書に関するQ&A

Q 1 添付書類のケアプランには署名が必要ですか。

A 1 署名があるケアプランの写しを提出してください。ただし、同意欄を設けていない場合は、同意したことがわかる書類の写しを提出してください。

Q 2 地図はどのようなものを提出すれば良いですか。

A 2 明細地図等の写しで結構です。地図上で階段等が確認できない場合、写真の提出をお願いすることもあります。

Q 3 ケアプランに変更等があった場合、届出書の提出はどうすれば良いですか。

A 3 以下の表を参考にしてください。

	必要○ 不要×	届出書 区分	備 考
サービス事業所の変更	○	「新規」	
居宅介護(介護予防) 支援事業所の変更	○	「変更」	
ケアプラン作成者の 変更	×		※同じ居宅介護(介護予防)支援事業所の 場合、変更の届出書提出は不要です。
ケアプラン内容の変更	○	「変更」	※利用者のADL低下などにより特搬のサ ービス内容が変わった場合。
入院・入所等で一時的 に利用していなかった 利用者が利用の再開を する	×		
市内転居	○	「変更」	※サービス事業所に変更があった場合 のみ「新規」 ※サービス終了の場合届出書提出は 不要です。
市外転居	×		※特別給付サービスは利用できません。
利用者死亡等の理由に よりサービス終了	×		



第5号様式（第3条第2号関係）

## 平面図

事業所の名称	
--------	--

- 備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること
- 2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等わかりやすく記載してください。

第7号様式（第3条第3号関係）

横須賀市介護保険特別給付サービス費の代理受領に係る届出書

特別給付事業者番号															
法人名 事業者の名称及び 法人代表者名															
事業所の所在地及び 電話番号															
届出内容	登録 休止 廃止 再開 変更														
代理受領した給付費の振込先															
金融機関名					本・支店名					口座種別					
										普通 当座					
金融機関コード			本・支店コード			口座番号									
フリガナ 口座名義人															
あて先 <b>横須賀市長</b>															
上記のとおり、代理受領について届出します。															
令和 年 月 日															
法人名															
事業者名															
事業者住所															
氏名															
(名称及び代表者氏名)															
電話番号															

※事業者と口座名義人が不一致の場合、裏面の委任状を記入してください。

令和 年 月 日

# 委任状

(あて先) 横須賀市長

(委任者)

住 所

職名

氏 名

下記の事業に関する支払い請求及び受領に係る権限を次の者に委任します。

(受任者)

住 所

職名

氏 名

記

横須賀市介護保険特別給付費に係る支給申請及び給付費受領に係る事務

以上

※委任者には、法人代表者名を署名又は記名押印してください

※受任者には、実際に給付費を受領する者を署名又は記名押印してください

## 登録事項変更届出書

特別給付該当事業所番号									
登録内容を変更した事業所	<所在地>  <名 称>								
サービスの種類（該当に○）	施設入浴サービス			搬送サービス					
変更のあった事項（該当に○）	変 更 の 内 容								
1	事業所名称	(変更前)							
2	事業所所在地								
3	法人の名称・主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名・住所								
5	定款、寄付行為及びその登記簿謄本等	(変更後)							
6	事業所の建物、構造等								
7	事業所管理者の氏名及び住所								
8	運 営 規 定								
9	振込口座								
10	その他								
変 更 年 月 日		令和 年 月 日							
あて先 <b>横須賀市長</b>  令和 年 月 日  住 所 事 業 者 氏 名 (名称及び代表者名)  <div style="text-align: right;">電話番号</div>									

## 事業廃止（休止・再開）届出書

特別給付該当事業者番号									
休止・廃止・再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開								
届出する事業所	<所在地>  <名 称>								
当該年月日	令和 年 月 日								
当 該 理 由									
現にサービスを受けていた者に対する措置 (休・廃止した場合のみ)									
休止予定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日								
<p>あて先 <b>横須賀市長</b></p> <p style="text-align: center;">上記のとおり、事業の（休止・再開・廃止）をしましたので届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">事 業 者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>									

施設入浴サービス

特別給付サービス利用届出書

										区 分	
										新規・変更	
※太枠の中を記入してください											
被保険者氏名										被保険者住所	
フリガナ											
被保険者番号					生年月日			要介護度			
					明・大・昭	年	月	日			
居宅介護支援事業者			ケアプラン作成者			サービス利用開始日					
						令和 年 月 日					
変更前の居宅介護支援事業者			変更前のケアプラン作成者			変更前の施設入浴サービス事業者					
横須賀市長様											
上記被保険者に施設入浴サービスの提供を開始することを届出します。											
令和 年 月 日											
施設入浴サービス事業者：											

事務処理確認欄	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書
---------	------------------------------------

搬送サービス

特別給付サービス利用届出書

区 分
新規・変更

※太枠の中を記入してください

被保険者氏名					被保険者住所				
フリガナ									
被保険者番号					生年月日			要介護度	
					明・大・昭	年	月	日	
居宅介護（介護予防）支援事業者					単 価		駐車位置までの状況		
					<input type="checkbox"/> 2500 <input type="checkbox"/> 4000 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> 6000		<input type="checkbox"/> 階段及び急坂（およそ 段） <input type="checkbox"/> 距離（およそ m）		
ケアプラン作成者					8回以上の提供		サービス利用開始日		
					<input type="checkbox"/> 該当する ↳ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養 受療証(写)の添付		令和 年 月 日		
サービス提供方法							併用サービス		
※サービスの提供方法を具体的に記載してください。							<input type="checkbox"/> 搬送サービスのみ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス・デイリハ <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 施設入浴		
変更前の居宅介護（介護予防）支援事業者			変更前のケアプラン作成者			変更前の搬送サービス事業者			
横須賀市長様  上記被保険者に搬送サービスの提供を開始することを届出します。  令和 年 月 日  搬送サービス事業者：									

事務処理確認欄	<input type="checkbox"/> 居宅サービス（介護予防サービス）計画書 <input type="checkbox"/> 地図・写真
---------	---