

各種償還払いの申請方法 について

1. 居宅介護サービス費等支給について
2. 介護保険居宅介護住宅改修費について
3. 住宅改修支援事業について
4. 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について

1. 居宅介護サービス費等支給について

居宅介護サービス費

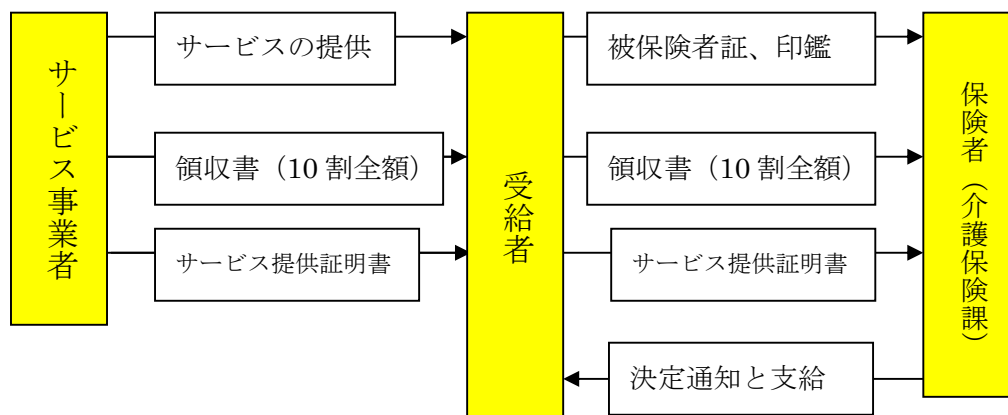
要介護（要支援）認定を受けた者（以下、「要介護者等」とする。）が指定サービスを利用した際に、サービス事業者を支払われる費用（日常生活に要する費用を除く）とする。

特例居宅介護サービス費

特例サービス費の支給の対象は、次に掲げる額のうち市が必要と認める額（日常生活に要する費用を除く）とする。

- (1) 要介護者等が、要介護認定の効力が生じた日前に緊急その他やむを得ない理由により指定居宅サービスを受けた場合において、必要があると認めるとき（介護保険法 42 条 1 項 1 号）
- (2) 要介護者等が、指定居宅サービス以外の居宅サービス又はこれに相当するサービス（以下、「基準該当居宅サービス」とする。）を受けた場合において、必要があると認めるとき（介護保険法 42 条 1 項 2 号）
- (3) 要介護者等が、緊急やむを得ない理由により、介護保険被保険者証を提示しないで指定サービスを利用した際に支払った費用の額（介護保険法 42 条 1 項 4 号）
- (4) 要介護者等が当該要介護認定の効力が生じた日前に、緊急やむを得ない理由により基準該当居宅サービスを受けた場合において、必要があると認めるとき。（介護保険法 42 条 1 項 4 号）
- (5) 要介護者等が基準該当居宅サービスを利用した際に横須賀市介護保険条例 25 条又は 26 条の 2 に規定する受領委任によらず支払った費用の額

● 支給の申請の流れ



● 居宅介護サービス費等の支給申請

一般的に介護サービスを利用する場合は、利用料の1割（一定以上所得者は2割もしくは3割）を負担してサービスの提供を受けますが、下記の場合については、利用者が利用料の全額（10割）をいったん事業者を支払い、その後、利用者が申請をすることにより保険給付分9割（一定以上所得者は8割もしくは7割）が支給されます。これを償還払いといいます。

- ① ケアプランを作成しないで指定事業者を利用した場合
- ② 介護サービスを利用する際に介護保険被保険者証を提示できない場合
- ③ 介護保険料の滞納により償還払いとされている場合
（被保険者証に「支払方法変更」の記載があります）

● 申請に必要なもの

- (1) 介護保険被保険者証
- (2) 介護保険給付費支給申請書（介護保険課にあります。）
- (3) そのサービス利用料等領収書原本
- (4) サービス提供証明書（利用したサービス事業者が交付）
- (5) 振込口座のわかるもの（預金通帳など）

● 支給の決定

市は申請書を受理した後、区分支給限度額等を確認します。特例サービス費支給の場合は、上記の事由などそのサービス利用の必要性等を審査します。

支給の可否については、申請者あてにその結果を通知したのち、申請書に記載のある指定の口座に振込みます。

● 支給時期

月末締め翌月25日払い（土日祝日にあたる場合は前倒して営業日に振込みます）

介護保険給付費支給申請書(令和〇〇年〇〇月分)

サービス提供年月
を記入してください。

記入例

被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

申請する給付費の種類(□にレを記入してください)

<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画費	<input type="checkbox"/> 特例居宅介護サービス計画費
<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス費	<input type="checkbox"/> 特例居宅介護サービス費
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護サービス費	<input type="checkbox"/> 特例地域密着型介護サービス費
<input type="checkbox"/> 施設介護サービス費	<input type="checkbox"/> 特例施設介護サービス費
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画費	<input type="checkbox"/> 特例介護予防サービス計画費
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス費	<input type="checkbox"/> 特例介護予防サービス費
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護予防サービス費	<input type="checkbox"/> 特例地域密着型介護予防サービス費

フリガナ カイゴ タロウ

被保険者氏名 介護 太郎

生年月日 明・大・昭 〇〇年 〇月 〇日 性別 (男)・女

住所 横須賀市小川町11番地
□□マンション101
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

支払金額 ¥〇〇〇, 〇〇〇

領収書の金額を
記入してください。

申請理由 給付制限のため

あて先 横須賀市長 償還払いとなった理由を記入してください。
(例:給付制限、計画外)

上記のとおり介護保険給付費の支給申請をします。

令和〇年 〇月 〇日 被保険者ご本人様の住所・氏名を必ず記入してください。

住所 横須賀市小川町11番地
申請者 □□マンション101
氏名 介護 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

事務処理欄

必要書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> サービス提供証明書 もしくは 居宅介護(介護予防)支援提供証明書
---------------------	--

振 込 口 座 欄	金融機関名		本・支店名		
	〇〇銀行		〇〇支店		
	金融機関コード	本・支店コード	種目	口座番号	
	〇〇〇〇	〇〇〇	普通 当座	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ		カイゴ	タロウ	
	口座名義人	介 護 太 郎			
	委任欄 【口座名義人が申請者でない場合】	この申請に係る金銭の受領を上記の者(口座名義人)に委任します。 被保険者(申請者) _____			

区 分	保険料	口座名義人が被保険者(申請者)でない場合は、こちらに被保険者(申請者)名を記入してください。
1 一般	未納付	
2 支払方法の変更	有・無	
3 給付額減額	滞納保険料 有・無	

2.介護保険居宅介護住宅改修費について

【住宅改修とは】

在宅での生活に支障がないように、手すりの取付け等、特定の住宅改修を行った場合に、一定の限度額内においてかかった費用の9割（一定以上所得者の場合は7～8割）が住宅改修費として支給されます。

1. 支給条件

介護保険の住宅改修費の支給を受けるためには、

- 介護度（要支援・要介護）が確定していること
- 事前・事後の2回の申請をおこなっていること
- 工事完成後に在宅で生活したこと

の3つが条件となります。

なお、

- 要介護（要支援）認定の申請をされてない場合は、事前申請前に必ず要介護（要支援）認定の申請を行ってください。
- 認定の効力は申請日までさかのぼるため、認定結果が出ていない時点で事前申請することは可能です。
- 認定の結果、非該当（自立）となった場合は、住宅改修費の支給はなされません（全額、自費での工事となります）。
- 要介護（要支援）認定の結果が確定していない場合や区分変更の申請中、入院（入所）中も事後申請はできません。

2. 対象となる住宅改修

介護保険の住宅改修では、以下の①～⑥の改修のみを対象としているため、新築・増築の場合は対象となりません。また、改修を行う場合でも、老朽化が原因の場合は対象とはなりません。

- ① 手すりの取付け
- ② 段差の解消
- 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
- ④ 引き戸等への扉の取替え（引き戸等の新設を含む）
- ⑤ 洋式便器等への便器の取替え
- ⑥ その他①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

（例）

- 手すりの取付けのための壁の下地補強
- 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
- スロープ設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置

- 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の整備
- 扉の取換えに伴う壁又は柱の改修工事
- 便器の取替えに伴う給排水設備工事（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. 支給される住宅改修費

- 支給限度基準額は、同一住宅で 20 万円です。
- 同一住宅・同一被保険者の場合、合計支給額は 20 万円の 9 割（一定以上所得者は 7～8 割）相当額を超えることはありません。
- 転居した場合や最初の住宅改修着工日と比べて、要介護度が 3 段階以上 重くなった場合は除きます。

4. 事前申請＜償還払い＞

工事を行う際は、必ず介護保険課に来所して事前申請を行ってください。

必要書類は以下の（１）～（７）です。

- （１）介護保険被保険者証
- （２）介護保険住宅改修費支給事前申請書
- （３）工事費見積書
- （４）改修前の日付入りの写真
- （５）住宅の間取り図
- （６）住宅改修必要理由書
- （７）住宅の持ち主の承諾書（本人又は家族が所有者である場合を除く）

- 内容審査後、被保険者宛に「介護保険住宅改修承認通知書」を送付します。
- この承認通知書を確認してから着工してください。

※事前申請後に工事の内容が変更になった場合は、給付係に必ず相談してください。軽微な変更を除いて、再度事前申請する必要があります。

5. 事後申請＜償還払い＞

工事終了後は以下の書類を介護保険課に来所して事後申請を行ってください。

- （１）介護保険住宅改修費事後申請書 兼 給付費支給申請書
- （２）住宅改修に要した費用の領収書
 - * 追加工事等があり、当初見積もりと金額が変更された場合は、変更後の見積りの提出をお願いします。
- （３）改修後の日付入りの写真
- （４）住宅改修費の振込みを行う銀行名・支店名・口座番号・口座名義人のわかるもの

6. 支給の決定<償還払い>

申請受理後、書類を審査し、給付額を決定します。支給の可否については、申請者にその結果を通知したのち、申請書に記載のある指定の口座に振り込みます。

7. 支給日<償還払い>

月末締め翌月末日払い（土日休日に当たる場合には前倒して営業日に振り込みます）

※ 平成 14 年度から住宅改修受領委任払い制度を実施しております。

8. 掲載場所

https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2640/g_info/1100050601.html

(横須賀市ホームページ) ホーム > 健康・福祉・教育 > 年金・保険 > 高齢者福祉・介護保険 > 介護保険のサービス > 介護保険で利用できるサービス > 住宅を改修したいとき

に介護保険住宅改修費支給事前申請書（償還払い）、住宅改修必要理由書の書式を掲載していますので、インターネットにてダウンロードが可能です。

受領委任払いの場合は、申請書はホームページに掲載していませんので、給付係に相談してください。

平成 30 年度改定について（参考）

住宅改修の見直しについて

☆公示価格の設定が住宅改修事業者の裁量によるほか、事業者により、技術・施工水準のバラツキが大きいなどの課題があることから、以下が示された。

- 事前申請時に提出する見積書の様式を、国が示す。
⇒（改修内容・材料費・施工費などの内訳が明確に把握できるよう）
- 複数の住宅改修事業者から見積書をとるように、ケアマネジャーが利用者に説明する。
- 住宅改修事業者への研修会を行っている事例等、保険者の取り組みの好事例を広く横展開する。

居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費の支給について
(平成 12 年 3 月 8 日老企第 42 号 別紙 1 解説より抜粋)

(別紙 1)

住宅改修の支給可能額算定の例外に係る取扱いに関する解説

(1) 要介護等状態区分を基準として定める「介護の必要の程度」の段階が 3 段階以上上がった場合

例外 1

・初めて住宅改修費が支給された住宅改修の着工日の要介護等状態区分を基準として次表に定める「介護の必要の程度」の段階が 3 段階以上上がった場合に、再度、20 万円まで支給可能（以下「3 段階リセットの例外」という。）

「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 又は 要介護 1
第一段階	要支援 1 又は 経過的要介護 旧要支援

- ・したがって、要支援 1 から要介護 2 となった場合、要介護等状態区分は 3 段階上がるものの、「介護の必要の程度」の段階は 2 段階しか上がっておらず、3 段階リセットの例外は適用されない。
- ・「介護の必要の程度」の段階は 3 段階以上上がっても自動的に 3 段階リセットの例外が適用されるのではなく、その時点で住宅改修を行わない場合は適用されない。
- ・3 段階リセットの例外が適用された場合は、以前の住宅改修で支給可能残額があってもリセットされ、支給限度額は 20 万円となり、支給限度額管理もリセット後のみで行われる。
- ・3 段階リセットの例外は一の被保険者につき 1 回しか適用されない。
- ・ただし転居した場合は、転居後の住宅改修に着目して 3 段階リセットの例外が適用される。

《 3段階リセットの例外適用 》

・旧要支援 → 要介護3
→ 要介護4
→ 要介護5

・要支援 1 → 要介護3
→ 要介護4
→ 要介護5

・**要支援 2※** → **要介護4**
→ **要介護5**

・要介護 1 → 要介護4
→ 要介護5

・要介護 2 → 要介護5

※ **要支援2は要介護1と同じ段階とみなされるため注意が必要です。**

住宅改修が必要な理由書

(P1)

<基本情報>

利用者	被保険者番号	年齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者氏名	要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護				
			1・2	1	2	3	4	5
住所								

作成者	現地確認日	令和 年 月 日	作成日	令和 年 月 日
	所属事業所			
	資格	(作成者が介護支援専門員でないとき)		
	氏名			
	連絡先			

保険者	確認日	令和 年 月 日	評価欄
	氏名		

<総合的状況>

利用者の身体状況	たとえば、移動や立ち上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況を記述する。 あるいは屋内及び屋外での移動方法（自立歩行・伝い歩き・介助歩行・歩行器利用など）を記述する。	福祉用具の現状の利用状況と 改修後の想定 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>改修前</th> <th>改修後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●車いす</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●特殊寝台</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●床ずれ防止用</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●体位変換器</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●手すり</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●スロープ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●歩行器</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●歩行補助つえ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●認知症老人徘徊感知機器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●移動用リフト</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●腰掛便座</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●特殊尿器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●入浴補助用具</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●簡易浴槽</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>●その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		改修前	改修後	●車いす			●特殊寝台			●床ずれ防止用			●体位変換器			●手すり			●スロープ			●歩行器			●歩行補助つえ			●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●入浴補助用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●その他		
	改修前		改修後																																															
●車いす																																																		
●特殊寝台																																																		
●床ずれ防止用																																																		
●体位変換器																																																		
●手すり																																																		
●スロープ																																																		
●歩行器																																																		
●歩行補助つえ																																																		
●認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
●移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
●腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
●入浴補助用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
●その他																																																		
介護状況	家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記述する。																																																	
住宅改修により、利用者は日常生活をどう変えたいか	住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、ADL、社会参加など日常生活をどう変えたいと思っているのか（特に何を希望しているのか）、また、その効果を記述																																																	

改修前と改修後、想定される福祉用具の利用状況を確認する。

記入要領

住宅改修が必要な理由書

(P1)

<基本情報>

利用者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇	年齢	80歳	生年月日	明治 大正 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	被保険者氏名	介護花子	要介護認定(該当に○)	要支援	要介護			
	住所	〇〇〇市〇〇〇〇町1-2-3						

作成者	現地確認日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	作成日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	所属事業所	〇〇居宅介護支援事業所		
	資格	(作成者が介護支援専門員でないとき)		
	氏名	〇〇〇〇		
	連絡先	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

保険者	確認日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	評価欄
	氏名	〇〇〇〇〇〇	

<総合的状況>

利用者の身体状況	利用者自身の現状	福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定		
		改修後の想定	改修前	改修後
腰痛があり、整形外科に通院していたが痛みが改善されず、腰部脊柱管狭窄症と診断された。足のあがりが悪く、 少しの段差にも躓いてしまう 。長距離の歩行は難しく、休み休み歩いている。 室内の移動は壁を伝いながら歩き、長距離の外出の際には車いすを利用 。また、高血圧のため服薬治療を受けている。			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
介護状況	88歳の夫(要介護3)と二人暮らし。利用者が簡単な家事をなんとかこなしているが、重い荷物を運ぶことや長時間立ったままの作業が難しいため、逗子に住む次女が買い物や洗濯・掃除など支援している。自宅周辺は坂道が多く、駅まで距離があるため、移動には次女の車がタクシーを利用する。介護サービスはデイサービスや福祉用具貸与などを利用中。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により、利用者は日常生活をどう変えたいか	痛みがある中でも、逗子にすむ娘の手を煩わせないようにと、できるかぎり家事を行っている。今、一番困難に感じているトイレ内の立ち座りや家の中の段差がなくなることで、痛みと上手につきあいつつ、 これまで通りこの家で暮らしていきたいと考えている 。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記入例

住宅改修が必要な理由書

(P2)

<P1の「住宅改修により、日常生活をどう変えたいか」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的・期待効果④改修項目 を具体的に記入してください。>

①改善しようとしている生活動作	② ①の具体的な困難な状況(…なので…で困っている)を記入してください	③ 改修目的・期待効果をチェックした上で、改修のコメント(…することで…が改善できる)を記入してください	④ 改修項目(改修箇所)
<p>排泄</p> <p><input type="checkbox"/> トイレまでの移動</p> <p><input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉含む)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 衣服の着脱</p> <p><input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持</p> <p><input type="checkbox"/> 後始末</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>足のしびれや痛みがあるため、便座から立ち上がるときに足に力が入りづらい。無理に立ち上がろうとすると転倒してしまいそうで怖い。</p> <p>現在トイレに座って左側に横手すりが取り付けられているが、夫に合わせて取り付けたもので、太すぎて手の小さい自分には握りづらく、それも高い位置に設置されている。自分が立ち上がるには使えない。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 手すりの設置 (トイレ壁 1本)</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>入浴</p> <p><input type="checkbox"/> 浴室までの移動</p> <p><input type="checkbox"/> 衣服の着脱</p> <p><input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉含む)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持</p> <p><input type="checkbox"/> (洗体・洗髪含む)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>現在取り付けられている手すりが使えない理由や、左右に手すりが必要であれば、左側だけでは困難な理由等。</p>	<p><input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする</p> <p><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 (玄関土間にステップ台を取付け)</p> <p>(寝室と廊下間の敷居の撤去)</p> <p>()</p> <p>()</p> <p><input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え</p> <p>()</p>
<p>外出</p> <p><input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降</p> <p><input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱</p> <p><input type="checkbox"/> 履物の着脱</p> <p><input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>古い家屋のため上がり框の高さが30センチほどある。</p> <p>足のあがりが悪いため玄関をのぼることが難しく、外に出る機会が減っている。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>玄関土間部分に1段の高さが10センチとなるようにステップ台を設置することで、段差が小さくなり、玄関に上がりやすくなる。</p> <p>これまで通り、通院やデイサービスにも行きやすくなる。</p> <p><input type="checkbox"/> 便器の取替え</p> <p>()</p> <p>()</p>
<p>その他の活動</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 寝室からリビング等への移動</p>	<p>寝室から廊下へ出る際に3センチの段差があるが、足のあがりが悪く、本人もつい、段差を意識せずに入出入りしようとしてしまうために同じ場所で何度も躓いてしまっている。</p>	<p><input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>敷居の段差がなくなること、寝室の出入りが容易となり、転倒の心配もなくなる。</p> <p><input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更</p> <p>()</p> <p>()</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>

介護保険住宅改修費受領委任払い制度について

平成 14 年 11 月から横須賀市では、希望者に対して、利用者の利便性を高めるため、住宅改修費の受領委任払い制度を実施しています。

従来は、住宅改修費全額を住宅改修施工者にお支払い頂き、後日、利用者が市に住宅改修費支給申請書を提出して、自己負担額（1割【当時】）を除いた保険対象分（9割【当時】）を利用者が市から受け取っておりました。

受領委任払い制度を利用すると

この制度は、利用者が自己負担額（1割～3割）のみ住宅改修施工者に支払います。そのため、利用者は一時的に住宅改修費全額の費用負担をすることがなく、また、今まで利用者が行っていた市への相談、申請は住宅改修施工者が代行します。

※ 但し、希望されない場合は、従来の償還払い制度も利用はできます。

- 対象事業者 横須賀市住宅改修費受領委任払い制度届出事業者一覧表に記載されている住宅改修施工事業者

※ 名簿は、市の介護保険課、市内の地域包括支援センター、横須賀市をサービス提供地域にしている居宅介護支援事業所で閲覧できます。

- 対象者 横須賀市の被保険者

※ 但し、次の場合は利用できません。

- 法 66 条、法 67 条及び法 69 条に規定する給付制限を受けている場合
- 医療機関に入院中又は介護保険施設に入所中の場合
- 要介護認定申請（新規申請）中の場合

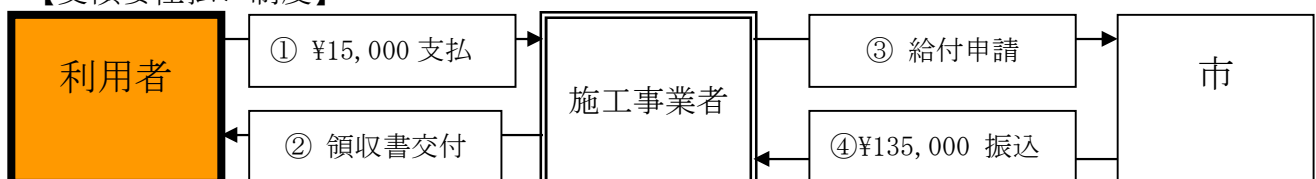
- 対象費用 介護保険給付対象工事の保険給付対象分（9割～7割）

- <工事費用が 150,000 円で自己負担が 1 割の場合>

【償還払い制度（従来）】

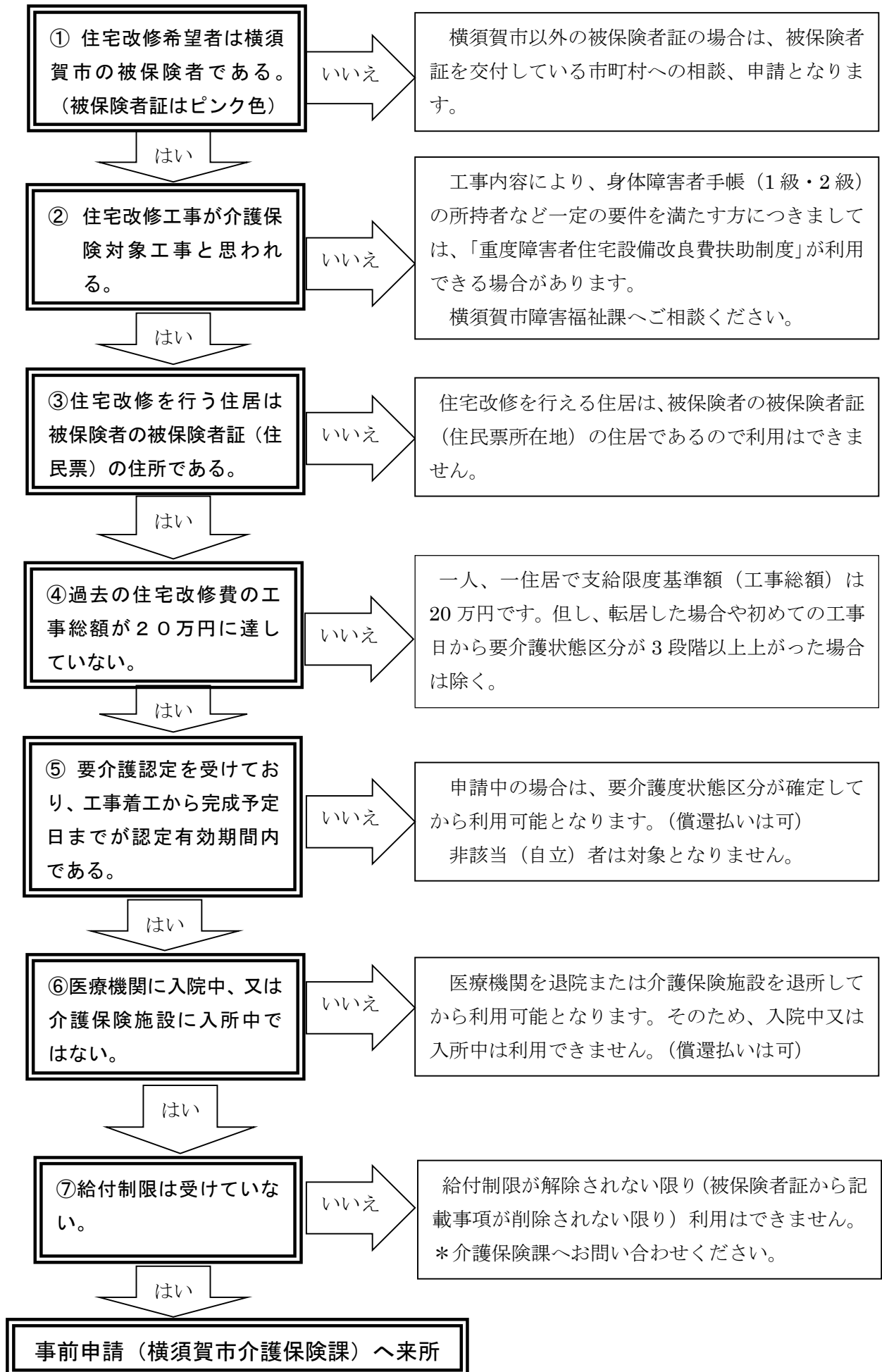


【受領委任払い制度】

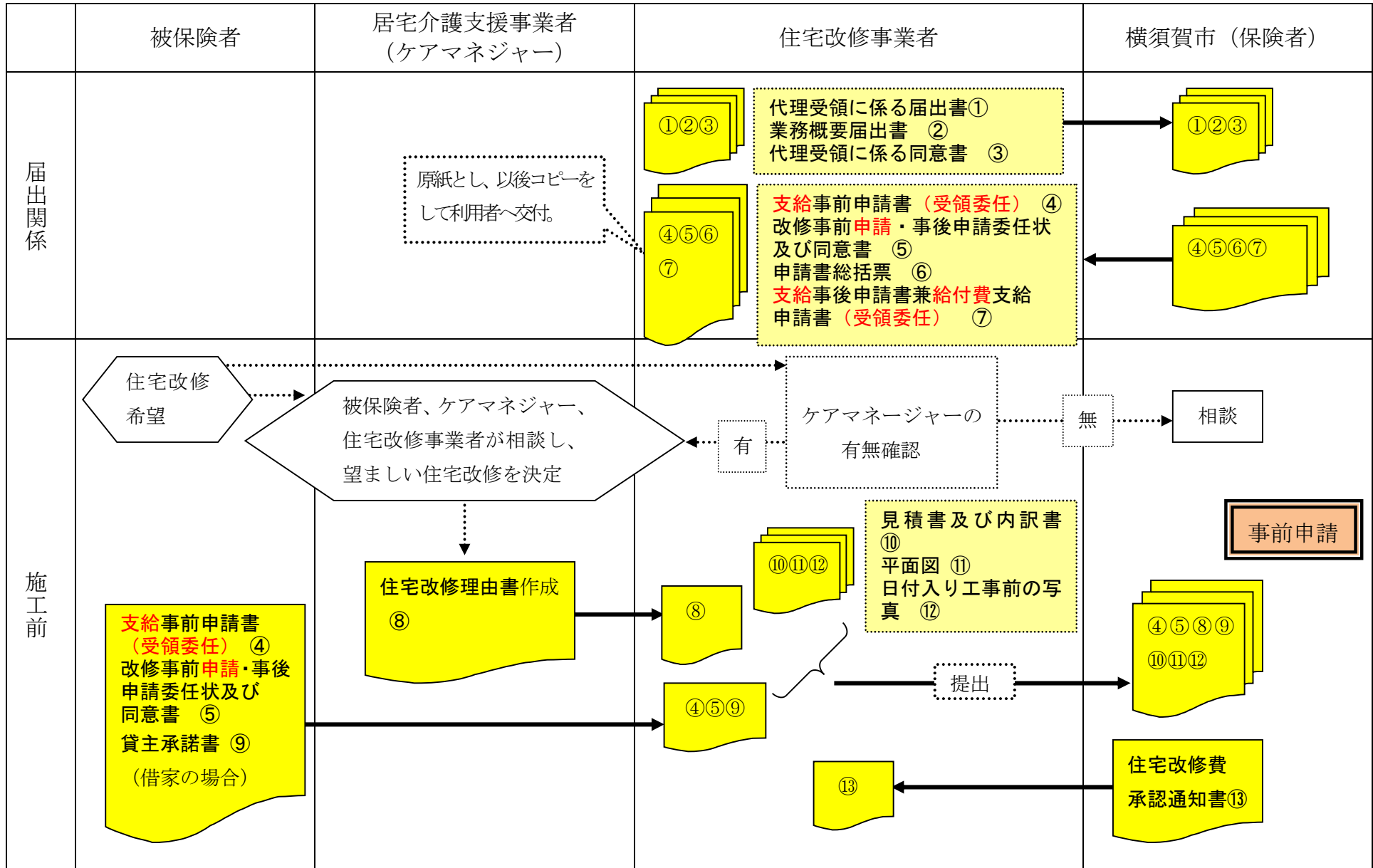
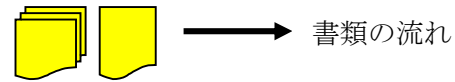


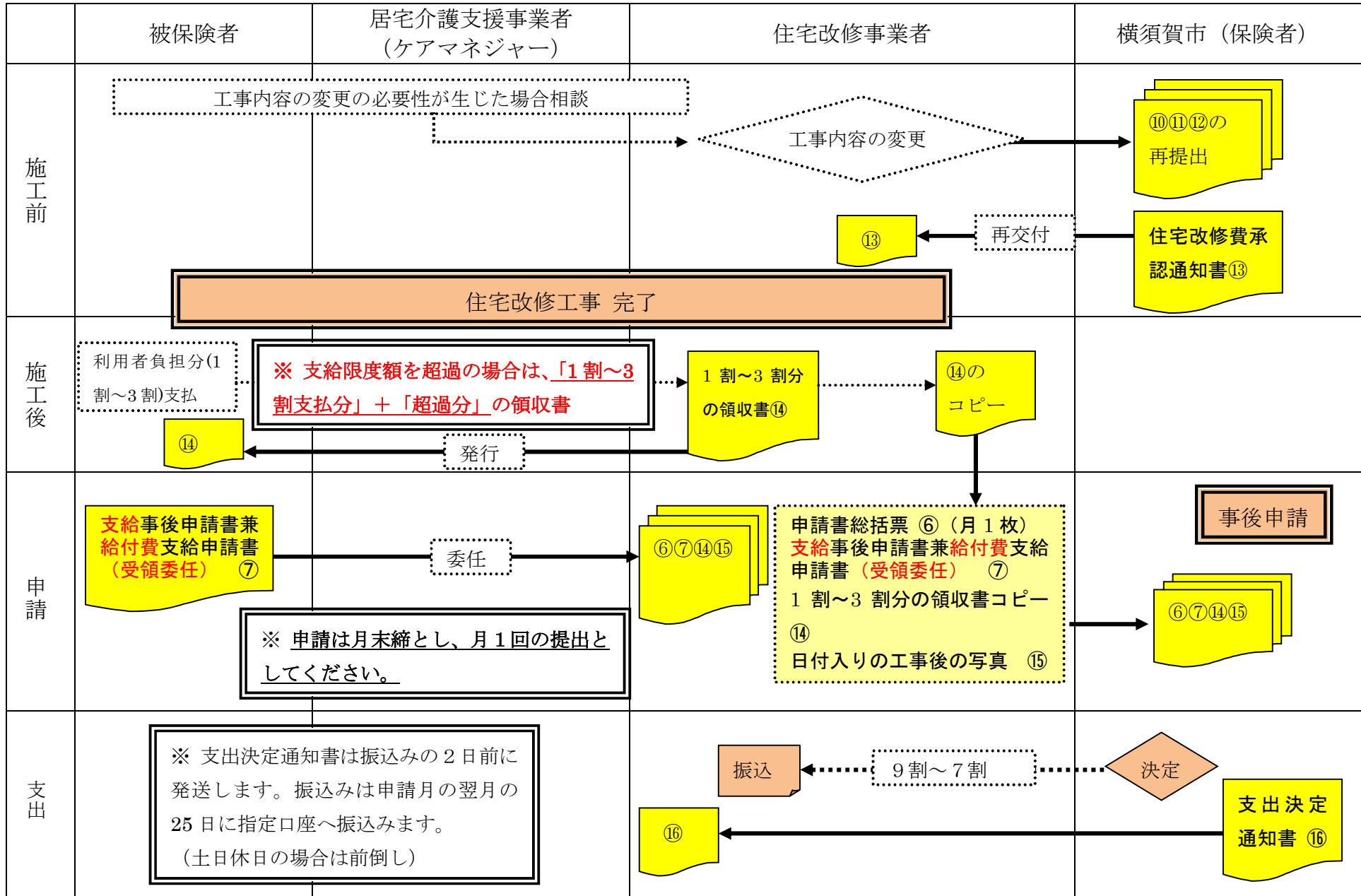
制度の詳細は、担当のケアマネジャー又は横須賀市 介護保険課 給付係（電話 046-822-8253、FAX 046-827-8845）までお尋ねください

介護保険住宅改修費受領委任払い制度利用可能チェック表（横須賀市用）



介護保険住宅改修費受領委任払い制度概要図





3. 住宅改修支援事業について

1. **対象業務** 居宅サービス計画の作成に当たる介護支援専門員がいない本市の被保険者である要介護者又は要支援者に対し、介護保険住宅改修費の支給申請の際に添付する住宅改修が必要な理由書（以下、「住宅改修必要理由書」とする）を作成したことに対して手数料を支払う制度。
 2. **対象者** 現在横須賀市では介護支援専門員と地域包括支援センター職員を対象としています。
 3. **対象事業** 平成15年4月1日以降に着工した住宅改修
 4. **手数料金額** 1件2,200円（2000円＋消費税）
 5. **申請手順** 請求書は事業者単位で、月1回、まとめて介護保険課に「住宅改修支援事業手数料請求書」と「住宅改修必要理由書」を提出してください。
 6. **提出を忘れた理由書** 翌月の請求としてください。
 7. **請求書記入上の注意点** 令和3年8月より事業者の押印廃止により書式を改めております。なるべく新書式をご利用ください。
新書式では訂正印が押印できませんので、記載内容を誤った場合は、修正をせず再度記入をしてください。
 8. **請求者** 法人名、事業者名とその代表者職名と氏名を記入してください。
新書式では代表者印の押印は不要ですが、裏面に事務担当者をご記入ください。
- ※ 住宅改修必要理由書の作成は、居宅介護支援の一環ですので、居宅サービス計画を作成しているケアマネジャーに対して手数料は支払われません。

Q&A

- Q1 **住宅改修必要理由書を作成しましたが、結果として住宅改修が行われなかった場合、手数料は支払われますか？また、どのような例が考えられますか？**
- A1 手数料は理由書を作成した手間を評価するものであり原則は支払いますが、要否については具体的な案件で判断しています。
支払う場合としては、利用者宅を訪問し住宅改修必要理由書を作成後、工事着工前に被保険者本人が死亡した場合等が考えられます。
- Q2 **住宅改修費償還払いの申請用として「住宅改修必要理由書」も必要となりますが、それは原本のコピーでも可能ですか？**
- A2 可能です。また、コピーが不可能な場合は、原本と同じものをもう1部作成して被保険者に手渡してください。その際は、被保険者用には「写」と明記してください。

記載例

住宅改修支援事業手数料請求書

(令和 3 年 8 月分)

令和 年 月 日

横須賀市長 殿

下記のとおり請求します。

理由書作成月を記入してください。作成月が異なる場合は月ごとに分けて請求書を記入してください。

住宅改修業務支援事業

件数	2	件	金額	4,400	円
----	---	---	----	-------	---

(消費税10%含む)

事業所番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
請求事業所	事業所名 及び 代表者名	横須賀株式会社 横須賀ケアマネジメント 代表取締役 大滝 三郎								
	所在地	〒238-8550 横須賀市小川町11番地								
	連絡先	(046) 822 - 4000								

内 訳

番号	被保険者氏名	被保険者番号	理由書作成年月日	工事施工日 (予定)
1	横須賀 はな	123456	令和3年8月10日	令和3年8月14日
2	若松 弘	654321	令和3年8月6日	令和3年8月20日
3				
4				
5				
6				
7				

4. 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について

1. 前提条件

介護保険の福祉用具購入費の支給を受けるためには、

- ① 要介護（要支援）認定を受けていること
- ② 購入希望の福祉用具が介護保険の給付対象である**特定福祉用具**であること
- ③ 指定特定（介護予防）**福祉用具販売事業所**で購入したものであること

- 福祉用具購入前に必ず要介護（要支援）認定の申請を行ってください。
- 認定の効力は**申請日までさかのぼるため**、認定結果が出ていない時点での福祉用具の購入も可能です。
- 認定結果が非該当（自立）となった場合、福祉用具購入費は支給されません（自費での購入となります）。

2. 支給申請

支給の申請を行う際には下記のものが必要となります。

- 介護保険被保険者証
- 当該購入に係る領収証原本
- 当該福祉用具がわかるパンフレット等
- 福祉用具購入費の振込みを行う金融機関名・支店名、口座番号、口座名義人のわかるもの
- ケアプランのコピー【申請書に「福祉用具が必要な理由」「担当ケアネジャー」を記載されている場合は必要ありません】
- 福祉用具サービス計画書のコピー【担当ケアマネジャーがいない場合のみ。**※担当ケアマネジャーがいる場合は必要ありません**】
- 被保険者本人が、商品購入後（福祉用具購入費をお支払い後）、市役所に申請する前に死亡した場合には、法定相続人による申請が可能です。その際には、相続人申立書等の提出が必要となります。

3. 支給の決定

申請受理した後、書類を審査し、給付額を決定します。支給の可否については、申請者あてにその結果を通知したのち、申請書に記載のある指定の口座に振り込みます。

4. 支給日

月末締め翌月 25 日払い（25 日が土日祝日に当たる場合はその前営業日に振り込みます）

5. 支給される福祉用具購入費

- 居宅介護福祉用具購入費の支給限度基準額は、同一年度（4月から翌年3月まで）10万円です。そのため、同一年度の合計支給額は10万円の9割（一定以上所得者は7～8割）相当額を超えることができません（自己負担は1割～3割）。
- 同一種目、同一商品の再購入は原則出来ませんが、購入した福祉用具が破損した場合や、介護の程度が著しく高くなった等特別な事情がある場合はこの限りではありませんので保険者にご相談ください。

6. 利用者に適した福祉用具選定

- 指定特定（介護予防）福祉用具販売事業所や、指定（介護予防）福祉用具貸与事業所では、福祉用具専門相談員が専門的知識に基づく助言を交え、販売・貸与をおこないます。

(1)計画の作成	利用者の心身の状況、希望・環境をふまえ、福祉用具貸与（販売）の目標と具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具サービス計画を作成する貸与・販売ともに利用のある利用者については、計画を一体のものとして作成
(2)居宅（介護予防）サービス計画との関係	既に居宅（介護予防）サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って福祉用具サービス計画を作成する
(3)利用者への説明等	計画の内容について利用者・家族に説明し同意を得る。 計画は利用者に交付する。
(4)計画の変更	（貸与の場合）実施状況を把握し、必要に応じて計画を変更する
(5)計画の様式	サービス計画の様式は、各事業所で任意に定める（全国福祉用具専門相談員協会が提案する「福祉用具個別援助計画書」等を適宜参考）

- 要介護者の居宅サービス計画（要支援者の介護予防サービス計画）に福祉用具貸与や福祉用具購入が位置付けられている場合、福祉用具専門相談員は、サービス担当者会議等を通じて福祉用具の適切な選定のための助言や情報提供を行うことになっています。
- これをうけて、介護支援専門員（ケアマネジャー）がサービス計画に福祉用具貸与・購入が必要である理由を記載することになります。

7. 対象となる特定福祉用具

※介護保険の福祉用具購入費の対象用具は下記の通りです。

種目	機能または構造等	種目	機能または構造等
(1) 腰掛便座	<p>次のいずれかに該当するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの ・洋式便器の上に置いて高さを補うもの ・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 ・便座、バケツ等からなり、移動可能な便器(居室において利用可能なものに限る) 	(3) 入浴補助用具	<p>入浴に際しての座位の保持、浴槽への出入り等の補助を目的とする用具で次のいずれかに該当するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴用いす (座面の高さが概ね 35 c m以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る) ・浴槽用手すり (浴槽の縁を挟み込んで固定することができるものに限る) ・浴槽内いす (浴槽内において利用することができるものに限る) ・入浴台 (浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にすることができるものに限る) ・浴室内すのこ (浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る) ・浴槽内すのこ (浴槽内に置いて浴槽の底面の高さを補うものに限る) ・入浴用介助ベルト (身体に直接巻きつけて使用するもので浴槽への出入り等を容易に介助することが出来るものに限る)
(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品	<ul style="list-style-type: none"> ・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かれる。 		
(4) 簡易浴槽	<ul style="list-style-type: none"> ・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 		
(5) 移動用リフトのつり具の部分			
(6) 排泄予測支援機器	<ul style="list-style-type: none"> ・膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、排尿の機会を居宅要介護者等またはその介護を行う者に通知するもの 		

記入例

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カイゴ ハナコ		被保険者番号
被保険者氏名	介護 花子		0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
生年月日	明・大・ 昭 △△年 △月 △日		
住所	〒238-1111 横須賀市小川町1丁目1番地 電話番号 ○○○-××××		
福祉用具の種目 (該当種目に○)	腰掛便座 入浴補助用具 簡易浴槽 排泄予測支援機器 自動排泄処理装置交換可能部品 移動用リフトのつり具		

製造事業者名	商品名	購入金額
(株) 福祉化学工業	ポータブルトイレ	¥27,000
ケアフリー製作所	シャワーチェア	¥19,440
		¥

担当ケアマネジャーの名前と福祉用具を購入する理由を記載してください。ケアプランのコピー添付の場合は本欄の記載は不要です。ケアマネジャーのいない方は福祉用具販売専門員の作成した福祉用具販売計画のコピーを添付してください。

号	購入年月日	令和△△年 ○月 ○日
	購入金額合計（消費税込）	
3 4 5	¥46,440	

福祉用具が必要な理由(購入用具ごとに記載)	筋力低下により、夜間のトイレ利用時の移動に不安があるためポータブルトイレを利用する。
担当ケアマネジャー (福祉 一郎)	入浴時の転倒を予防し安定した姿勢を確保するためシャワーチェアを利用することにした。

※1.担当ケアマネジャーが作成するケアプランのコピーを添付する場合は理由の記載は不要です。
 ※2.担当ケアマネジャーがいない場合は理由の記載は不要です。福祉用具専門相談員の作成した福祉用具サービス計画書のコピーを添付してください。
 ※3.排泄予測支援機器を購入する場合は、医学的な所見の確認のための書面及び排泄予測支援機器確認調書の提出が必要です。

あて先 **横須賀市長**

上記のとおり、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請をします。

令和 年 月 日

住所 横須賀市小川町1丁目1番地

申請者氏名 介護 花子
(被保険者)

電話番号

被保険者となります。やむを得ない事情でご本人が記入不可能な場合はご家族様が代筆にてご記入ください。
 なお、被保険者の死亡後に申請される場合は、介護保険課給付係にご相談ください。(046-822-8253)

指定振込口座

振込口座欄	金融機関名			本・支店名			
				<p>個人の口座をご指定ください。法人の口座は認められません。</p>			
	金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号		
				普通 当座			
	フリガナ		カイゴ タロウ				
	口座名義人		介護 太郎				
委任欄 【口座名義人が被保険者でない場合】		この申請に係る金銭の受領を上記の者（口座名義人）に委任します。 被保険者 介護 花子					

被保険者以外の方の口座を指定される場合、被保険者の記名が必要です。

事務処理欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書原本 <input type="checkbox"/> 購入福祉用具のパンフレット等 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画書またはケアプランのコピー <input type="checkbox"/> 医学的な所見が記載された書面（排泄予測支援機器の場合） <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 確認調書
------	---

介護保険課の事務処理確認欄です。記入しないでください。