

# 高額介護予防サービス事業費相当事業費支給手続きに関する要綱

平成29年3月10日

28川健地推第1390号

健康福祉局長専決

## (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。）、介護保険法施行規則（平成11年年厚生省令第36号。以下「省令」という。）、厚生労働省による通知（以下「通知」という。）及び川崎市介護予防日常生活支援総合事業実施要綱（28川健地推第259号。以下「実施要綱」という。）に定めるもののほか、高額介護予防サービス費相当事業費の支給手続きに必要な事項を定めるものとする。

## (用語)

第2条 この要綱で使用する用語の意義は、法、省令、通知、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）、地域支援実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局通知「地域支援事業の実施について」）及び実施要綱で使用する用語の例による。

## (申請手続き)

第3条 実施要綱第12条の規定による高額介護予防サービス費相当事業費の支給を受けようとするときは、「介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（総合事業）」（第1号様式）又は「介護保険高額介護（介護予防）

サービス費（年間上限）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（総合事業）

（第1の1号様式）を区長に提出しなければならない。

- 2 受給対象者の毎回の申請・受給に係る負担軽減のため、法第51条の規定による高額介護サービス費又は法第61条の規定による高額介護予防サービス費（以下「高額介護（介護予防）サービス費」という。）の支給申請手続きがあった者が高額介護予防サービス費相当事業費の支給対象となった場合、高額介護予防サービス費相当事業費の支給申請手続きがあったものとみなす。

（支給決定）

第4条 区長は、前条の申請を行った者に支給又は不支給を決定したときは、「介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給（不支給）決定通知書（総合事業）」（第2号様式）又は「介護保険高額介護（介護予防）サービス費（年間上限）支給（不支給）決定通知書（総合事業）」（第2の1号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

（その他）

第5条 この要綱に定めるもののほか、支給手続きに必要な事項は高額介護（介護予防）サービス費の例による。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成29年3月10日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成30年10月31日から施行する。

## 附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、  
当分の間、必要な箇所を修正した上で、引き続きこれを使用することができる。

第1号様式（第3条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（総合事業）

		申請日	年 月 日
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	
住所	〒 電話番号		
<p>(宛先) 川崎市 区長</p> <p>上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費（総合事業）の支給を申請します。</p> <p>住所 〒</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p>本人との関係</p>			

次のとおり口座振込を依頼します。

口座振込 依頼欄	金融機関名			店舗名			預金種目	口座番号					
	金融機関コード			店舗コード									
	フリガナ												
	口座名義人												

※ 口座名義人が被保険者でない場合は、次の委任状に記入してください。

委任状	上記高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する権限を委任します。	
	委任者（被保険者）	受任者（口座名義人）
	氏名 _____	氏名 _____
(自署又は記名押印してください)		

- 注1 領収書の添付は、必要ありません。
- 2 複数月の申請でも1枚の申請書で申請してください。
- 3 今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。  
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。なお、振込先を変更する場合は再度申請書を提出してください。
- 4 給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

第1の1号様式（第3条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費（年間上限）支給申請書  
兼自己負担額証明書交付申請書（総合事業）

		申請日	年 月 日
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	
住所	電話番号		
計算期間		基準日	
基 準 日 市 町 村			
（宛先）川崎市 区長 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費（年間上限）の支給を申請します。 上記のとおり自己負担額証明書の交付を申請します。  住所 〒 申請者 氏名  電話番号 本人との関係			

次のとおり口座振込を依頼します。

口座振込 依頼欄	金融機関名		店舗名		預金種目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ										
口座名義人											

※ 口座名義人が被保険者でない場合は、次の委任状に記入してください。

委任状	上記高額介護（介護予防）サービス費の受領に関する権限を委任します。	
	委任者（被保険者）	受任者（口座名義人）
	氏名 _____	氏名 _____
(自署又は記名押印してください)		

備考
----

第2号様式（第4条関係）

様

年 月 日

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給（不支給）決定通知書（総合事業）

川崎市 区長 印

先に申請のありました介護保険高額介護（介護予防）サービス費（総合事業）について、次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													
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
サービス提供年月		本人支払額	円
給付の種類			
決定事項		支給金額	円
不支給の理由			

支 払 方 法				
窓口払		口座振込		
お持ちいただく も の		振込先	金融機関名	
受 付 場 所			店 舗 名	
受 付 期 間			預 金 種 目	
			口 座 番 号	
			口 座 名 義 人	
		振込予定日		

第2の1号様式（第4条関係）

様

第 号  
年 月 日

介護保険高額介護（介護予防）サービス費（年間上限）支給（不支給）決定通知書  
（総合事業）

川崎市 区長 印

先に申請のありました介護保険高額介護（介護予防）サービス費（年間上限）（総合事業）について、次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																		
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
対象年度		本人支払額	円
給付の種類			
決定事項		支給金額	円
不支給の理由			

支 払 方 法			
窓口払		口座振込	
お持ちいただくもの		振込先	金融機関名
受付場所			店 舗 名
受付期間			預 金 種 目
			口 座 番 号
			口 座 名 義 人
		振込予定日	