

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業者への 家賃等助成事業について （グループホーム事業者向け案内）

（１）事業概要

川崎市内の認知症対応型共同生活介護（以下「GH」という。）において、費用負担が困難な低所得者（負担軽減対象者）に対し、家賃、食費、光熱水費の利用者負担の軽減を実施した GH 事業者に対して助成を行うことで、在宅生活が困難な低所得者である認知症の高齢者の住まいが確保されることを目的としています。

※当事業の概要については、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業者への家賃等助成について（概要）」に記載していますので、合わせて御確認ください。

（２）対象 GH 事業所（※川崎市内の GH 事業所に限ります。）

対象 GH 事業所を運営する事業者が、当事業における「事業者登録届出書」等により、市介護保険課あてに届出を行い、助成事業者承認を受けた GH 事業所

（３）負担軽減対象者（※川崎市の被保険者に限ります。）

下記の負担軽減対象要件に該当する GH 利用者で、当事業における「負担軽減対象確認申請書」等により、住所地の区役所又は地区健康福祉ステーションに申請を行い、「負担軽減対象確認証」の交付を受けた方

【負担軽減対象者要件】

次の①又は②の要件をすべて満たす方。

①	<ul style="list-style-type: none">・介護保険料を滞納していないこと・市区町村民税世帯非課税であること・年間の収入が単身世帯で 150 万円以下（世帯員 1 人増毎に 50 万円加算）であること・預貯金等の額が単身世帯で 350 万円以下（世帯員 1 人増毎に 100 万円加算）であること・活用できる資産がないこと・負担能力のある親族等に扶養されていないこと
②	<ul style="list-style-type: none">・介護保険料を滞納していないこと・市区町村民税世帯非課税であること・世帯の実収入見込額が、生活保護法に規定する基準生活額（第 1 類、第 2 類及び障害者加算を合算した額）に満たないこと・預貯金等の額が単身世帯で 300 万円以下（世帯員 1 人増毎に 150 万円加算）であること・活用できる資産がないこと・負担能力のある親族等に扶養されていないこと

※生活保護受給者及び中国残留邦人等の支援給付を受けている方は対象外。

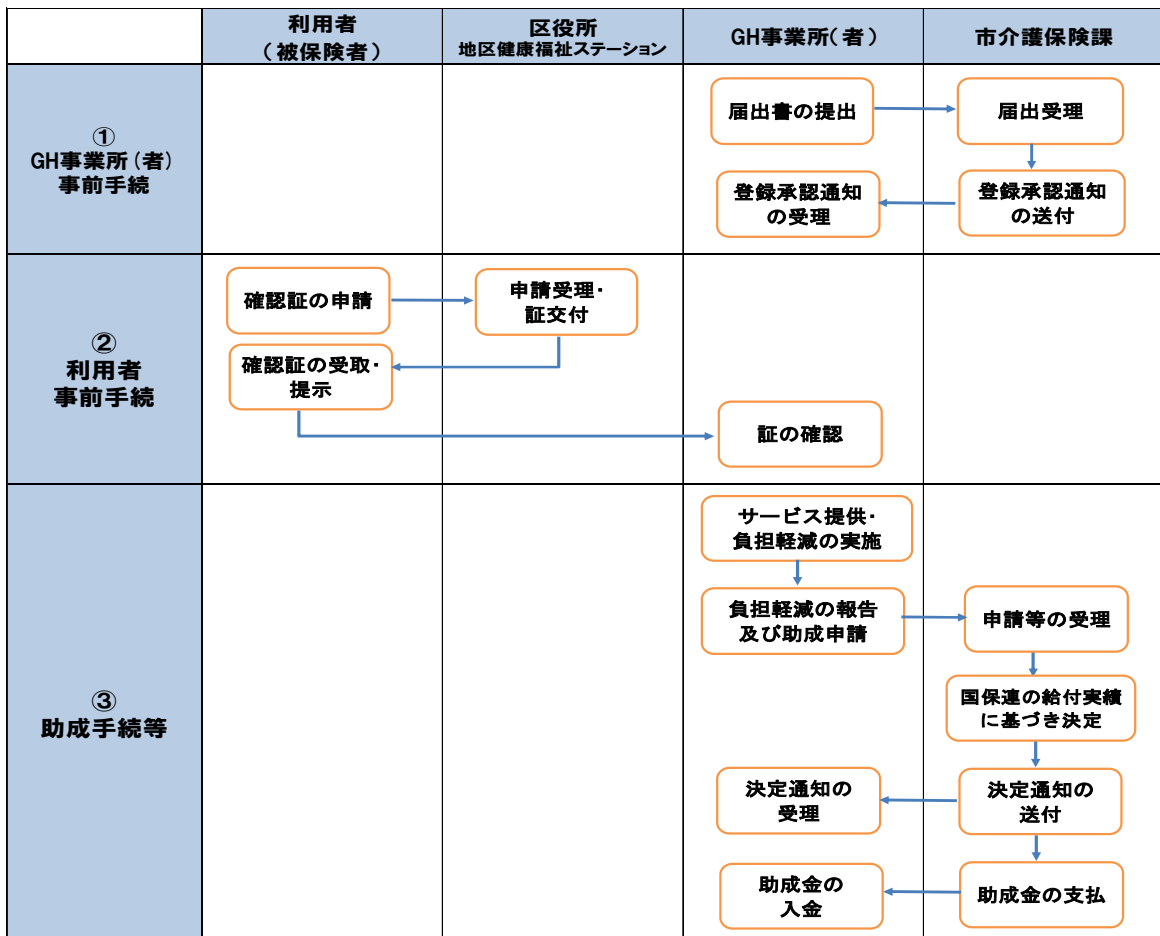
(4) 助成額の上限額

助成額の上限	30,000 円/月
--------	------------

※GH 事業者が負担軽減対象者に対し、家賃・食費・光熱水費の負担軽減を行った額（上限の範囲内）を助成

※介護保険法に基づく、認知症対応型共同生活介護費及び介護予防認知症対応型共同生活介護費を算定している必要があります。

(5) 当事業に関する手続き等



①GH 事業者事前手続 (GH 事業者⇔市介護保険課)

○助成事業者登録の届出

利用者負担額の軽減を行う GH 事業者は、軽減を開始する前月の 15 日までに市介護保険課あてに事業者登録の届出をします。届出書類等は、下記送付先に郵便等にて送付してください。(来庁での提出は御遠慮ください。)

【事業者登録届出時に必要な書類】

- ・ 助成事業者登録届出書 (様式 1) ※市ホームページに様式あり
- ・ 家賃、食材料費、光熱水費の金額及び利用者負担の軽減額が確認できる運営規程、

- 重要事項説明書、契約書の写し等
- ・ 助成金の振込先が確認できる書類の写し

【送付先】

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課給付係
 ※封筒の表面に＜事業者登録届出書 在中＞と記載してください。

【登録時期】

届出書の締切日	承認通知の送付時期	適用開始
毎月15日	同月下旬	翌月1日

※届出書及び添付書類が不足又は記載不備等がある場合は、翌月1日の登録ができないことがあります。

本市は、助成事業者登録届出書等を確認後、登録の承認（不承認）について、「助成事業者登録承認（不承認）決定通知書」（様式2）により、事業者に通知します。

登録承認を受けた事業所については、「介護情報サービスかながわ」の「利用料金等」の欄にその旨を記載する等により、利用者等に対して周知する予定です。

【利用者登録届出の提出書類とチェックリスト】

○助成事業者登録届出書（様式1）	
届出者	<input type="checkbox"/> 事業者の所在地、法人名を記載している。 <input type="checkbox"/> 代表者の役職・氏名を記載している。
対象事業所	<input type="checkbox"/> 事業所名（GH名）を記載している。 <input type="checkbox"/> 事業所番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 事業所所在地（住所）を記載している。
対象事業所が定める額	<input type="checkbox"/> 事業所で定めている家賃の月額金額を記載している。 <input type="checkbox"/> 事業所で定めている食材料費の日額金額を記載している。 <input type="checkbox"/> 事業所で定めている光熱水費の月額金額を記載している。 ※いずれも負担軽減を行う前の額（通常のコ額）を記載
減額の内容	<input type="checkbox"/> 家賃について月額、日額で減じる額を記載している。 <input type="checkbox"/> 食材料費について、月額、日額で減じる額を記載している。 （日額のコ減額設定の場合は、月額は未記載可。） <input type="checkbox"/> 光熱水費について、月額、日額で減じる額を記載している。 （月額のコ減額設定の場合は、日額は未記載可。）

助成金の振込を希望する口座名	<input type="checkbox"/> 振込希望金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人及び口座名義人のフリガナを記載している。 <input type="checkbox"/> 口座名義人が届出者名と一致しない場合、事業者の代表者から口座名義人に本事業の助成金の受領権を委任する内容の委任状（任意書式）を添付している。
○添付書類	
	<input type="checkbox"/> 事業所で定めている家賃、食材料費、光熱水費の金額が確認できる書類（運営規程、重要事項説明書、契約書等）の写しを添付している。 <input type="checkbox"/> 減額の内容が確認できる書類（運営規程、重要事項説明書、契約書等）の写しを添付している。 <input type="checkbox"/> 振込先が確認できる書類（通帳の表紙及び見開きの1・2ページ目といった金融機関名、金融機関コード、支店名、支店コード、口座種別、口座番号、口座名義人氏名（漢字、カナの両方）が確認できる、該当金融機関が発行したもの）の写しを添付している。

②負担軽減対象者（利用者）事前手続（利用者⇄区・地区）

住所地の区役所又は地区健康福祉ステーションに申請を行い、「負担軽減対象確認証」の交付を受ける必要があります。

※詳しくは、市ホームページに掲載している「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業者への家賃等助成事業について（利用者事前手続に関する案内）」を御確認ください。

川崎市トップページ > くらし・手続き > 福祉・介護 > 高齢者・介護保険 > 介護保険制度 > 介護保険とは > 介護保険サービス > 利用料の軽減制度 > 利用料の軽減制度 > 9 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業者への家賃等助成事業

③助成手続等（GH事業者⇄市介護保険課）

○実績報告及び助成の申請

助成事業者登録承認を受けたGH事業所は、負担軽減対象者に対し、家賃、食費・光熱水費を軽減してサービスを提供した後、市介護保険課あてに負担軽減の報告及び助成金の申請を行います。申請書類等は、下記送付先に郵便等にて送付してください。（来庁での提出は御遠慮ください。）

【助成金申請時に必要な書類】

- ・負担実績報告書（様式8） ※市ホームページに様式あり
- ・助成額交付申請書（様式9） ※市ホームページに様式あり

【提出時期】

3か月に1度助成金の支払いを行いますので、次の期日（締切日の消印有効）までに御提出ください。

サービス提供月	報告書の締切日	助成金支払
12月・1月・2月	4月20日	5月下旬（予定）
3月・4月・5月	7月20日	8月下旬（予定）
6月・7月・8月	10月20日	11月下旬（予定）
9月・10月・11月	翌年1月20日	2月下旬（予定）

※報告書等の申請書類に不足又は記載不備等がある場合は、助成金支払が遅れる場合があります。

【送付先】

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課給付係

※封筒の表面に＜助成額交付申請書 在中＞と記載してください。

本市は、御提出いただいた助成報告書等に基づき、国保連合会への当該利用者の給付実績等の確認を行った上で、助成に係る決定を行い、「助成額交付決定通知書」（様式10）により、事業者へ通知します。また、助成金の振込は、助成事業者登録届出の際に登録を行った口座に行います。

※助成に係る審査の段階で、必要に応じて、軽減を行ったことが確認できる書類（利用者へ交付した領収証の写し等）の提出を求める場合がございます。

【助成申請時の提出書類とチェックリスト】

○軽減実績報告書（様式8）	
事業所名	<input type="checkbox"/> 事業所名（GH名）を記載している。
被保険者番号 被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 家賃・食材料費・光熱水費の軽減を行った被保険者番号、被保険者氏名を記載している。
サービス提供年月	<input type="checkbox"/> サービス提供年月を記載している。 <input type="checkbox"/> 複数月にサービスを提供している場合、月ごとに記載している。 <input type="checkbox"/> 国保連合会にて当該サービス提供年月の認知症対応型共同生活介護費又は介護予防認知症対応型共同生活介護費（いずれも短期利用は除く）の介護報酬の審査決定が行われている。
家賃、食材料費、 光熱水費	<input type="checkbox"/> 利用日数及び軽減を行った金額を記載している。

軽減総額	<input type="checkbox"/> 当該月に軽減を行った金額の総額を記載している。 <input type="checkbox"/> 家賃、食材料費、光熱水費の軽減額の合計と軽減総額が一致している。
助成金申請額	<input type="checkbox"/> 軽減総額が 30,000 円以上の場合は、30,000 円と記載している。 <input type="checkbox"/> 軽減総額が 30,000 円に満たない場合は、軽減総額と同額を記載している。
報告者等	<input type="checkbox"/> 事業者の法人名を記載している。 <input type="checkbox"/> 代表者の役職・氏名を記載している。
○助成額交付申請書（様式 9）	
届出者	<input type="checkbox"/> 事業者の所在地、法人名を記載している。 <input type="checkbox"/> 代表者の役職・氏名を記載している。
対象事業所	<input type="checkbox"/> 事業所名（GH 名）を記載している。 <input type="checkbox"/> 事業所番号を記載している。 <input type="checkbox"/> 事業所所在地（住所）を記載している。
助成金申請額	<input type="checkbox"/> 助成金申請額を記載している。 <input type="checkbox"/> 助成金申請額は軽減実績報告書（様式 8）の助成金申請額の合計と一致している。（軽減実績報告書が複数枚になる場合、複数枚の合計金額を記載）

【当事業に関する問合せ先】

当事業への問合せについては、コールセンターで受け付けます。

電話番号：0570-000-507

（月～金曜日 8:30～17:15。祝日、12/29～1/3 を除く。）