

川崎市障害者等ホームヘルプサービス
利用者に対する支援措置事業実施要綱

平成17年4月1日
17川健介保第304号
健康福祉局長専決

(目的)

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。）の実施に伴う激変緩和の観点から、低所得であって障害者施策による訪問介護を利用していた者等（以下「障害者等」という。）の利用者負担を減額することにより、訪問介護若しくは夜間対応型訪問介護又は第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）（以下、「訪問介護等」という。）のサービスの継続的な利用の促進を図るものである。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、川崎市とする。

(対象者)

第3条 本事業の対象者は、以下のとおりとする。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律によるホームヘルプサービスの利用において境界層該当として定率負担額が0円となっている者であって、平成18年4月1日以降に次のいずれかに該当することとなったもの。

(1) 65歳到達以前のおおむね1年間に障害者施策によるホームヘルプサービスを利用していた者であって、65歳に到達したことで介護保険の対象者となったもの。

(2) 特定疾病によって生じた身体上又は精神上的の障害が原因で、要介護又は要支援の状態となった40歳から64歳までの者。

(減額後の利用者負担割合)

第4条 減額後の利用者負担割合は、0%（全額免除）とする。

(減額の期間)

第5条 減額の期間は、当該年度の8月1日から翌年の7月末までの1年間を基本とする。なお、当該期間中に軽減に該当した場合は、当該日の

属する月の初日より当該7月末までとする。

(減額の実施)

第6条 減額は、次の減額認定証の交付により実施する。

(1) 申請

減額を希望する障害者等は、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額申請書(第1号様式)により、区長に申請する。

(2) 減額認定証の交付

区長は、障害者の申請に基づき、減額の必要を認めるときは、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額決定通知書(第2号様式)により通知するとともに、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額認定証(第3号様式)を交付する。

(3) 所得状況の確認(減額の更新)

ア 期間中、引き続き減額を希望する者は、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額更新申請書・家庭状況申告書(第4号様式)により、区長に申請する。

イ 区長は、申請に基づき、引き続き減額の必要を認めるときは、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額決定通知書(第2号様式)により通知するとともに、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額認定証(第3号様式)を再度交付する。

(給付制限による減額支給の変更)

第7条 「保険料滞納者に係る支払い方法の変更」(法第66条)により、減額に値する費用を自己負担した者は、次のとおり減額の支給を変更し、その費用の支給を受けることができる。

(1) 申請

減額に値する費用の支給を希望する者は、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額支給申請書(第5号様式)により、区長に申請する。

(2) 決定

区長は、申請に基づき、減額の必要を認めるときは、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額支給決定通知書(第6号様式)により通知する。

(その他)

第8条 この要綱に定めのない事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

(川崎市訪問介護利用者(介護保険法施行時等)負担減額事業実施要綱の廃止)

2 川崎市訪問介護利用者(介護保険法施行時等)負担減額事業実施要綱(12川健高計第3号健康福祉局長専決。以下「旧要綱」という。)は、廃止する。

(旧要綱の廃止に経過措置)

3 この要綱施行の日前の旧要綱による訪問介護利用者負担減額は、なお従前の例による。

附 則 (平成18年4月1日・18川健介保第265号・健康福祉局長専決)

(施行期日)

1 この要綱は、平成18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。

(旧要綱の廃止に経過措置)

3 この要綱施行の日前の旧要綱による訪問介護利用者負担減額は、なお従前の例による。

附 則 (平成26年4月1日・26川健介保第134号・健康福祉局長専決)

(施行期日)

1 この要綱は、平成26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。

附 則 (平成28年4月1日・27川健介保第1102号・健康福祉局長専決)

(施行期日)

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 (平成30年4月1日・30川健介保第298号・長寿社会部長専決)

(施行期日)

1 この要綱は、平成30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。

附 則（令和 2 年 12 月 17 日・ 2 川健介保第 1142 号・長寿社会部長専決）
（施行期日）

- 1 この要綱は、令和 3 年 1 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。

附 則（令和 3 年 3 月 15 日・ 2 川健介保第 1519 号・長寿社会部長専決）
（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。

附 則
（施行期日）

- 1 この要綱は、令和 5 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

障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額申請書

(障害者施策等によるホームヘルプ利用者負担軽減措置)

(あて先) 川崎市 区長 次のとおり申請します。			押 印 欄	
被 保 険 者	被保険者番号		申請日	年 月 日
	フ リ ガ ナ 氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 ー 川崎市 区 電話番号 ()		
	利用者負担額 減額対象者区分			

注：太枠内のみ記入してください。

受付年月日		決定年月日		交付年月日	
適用期間	年 月 日から		有効期限	年 月 日まで	
公費負担 者 番 号			公費受給 者 番 号		
給 付 率	/ 1 0 0				
備考					

番 号
年 月 日

障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額決定通知書

(障害者施策等によるホームヘルプ利用者負担軽減措置)

川崎市 区長

先に申請のありました障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額について、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										

決定年月日		
決 定 事 項		
認 定 する	適用年月日	(認定内容)
	有効期限	給付率
	公費負担者番号	
	公費受給者番号	
認 定 しない	理由	

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、神奈川県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に、川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも取消訴訟を提起することができます。

第3号様式

(表)

障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額認定証 (障害者施策によるホームヘルプ利用者負担軽減措置)	
交付年月日	
公費負担者番号	
公費受給者番号	
受 給 者	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日
介護保険被保険者番号	
適用年月日	から
有効期限	まで
減 額 内 容 (給付率)	公費 /100 保険 90/100
発行機関名 及び印	川 崎 市 印

(裏)

注意事項

一 訪問介護若しくは夜間対応型訪問介護又は第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業のサービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者に提出してください。

二 右記のサービスを受けるときに支払う利用者負担額は、介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。

三 被保険者の資格がなくなったとき、減額の認定の条件に該当しなくなったとき、減額の認定証の有効期限に至ったときは、遅延なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 この証の表面の記事事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添え、市にその旨を届けてください。

五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

第4号様式

障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額更新申請書・家庭状況申告書

(障害者施策によるホームヘルプ利用者負担軽減措置)

(あて先) 川崎市 区長 次のとおり申請します。		押 印 欄	
被 保 険 者	被保険者番号		申請日
	フリガナ		年 月 日
	氏 名		生年月日
	住 所	〒 ー 川崎市 区	明・大・昭 年 月 日
利用者負担額 減額対象者区分	電話番号 ()		

家 庭 状 況	氏名	続柄	生年月日	課税状況等 (○で囲んでください)
	(生計中心者)		明・大・昭 年 月 日	所得税 (課税・非課税)・未申告 市町村民税 (課税・非課税)・未申告
				所得税 (課税・非課税)・未申告 市町村民税 (課税・非課税)・未申告
				所得税 (課税・非課税)・未申告 市町村民税 (課税・非課税)・未申告
				所得税 (課税・非課税)・未申告 市町村民税 (課税・非課税)・未申告

注：太枠内のみ記入してください。

受付年月日		決定年月日		交付年月日	
適用期間	年 月 日から		有効期限	年 月 日まで	
公費負担者番号			公費受給者番号		
給付率	公費 / 100				
備考					

第5号様式

障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額支給申請書

(あて先) 川崎市 区長 次のとおり関係書類を添えて申請します。		押 印 欄	
申請者	氏名	申請日	年 月 日
	住所	本人との関係	
被保険者	〒	電話番号 ()	
	被保険者番号		
	氏名		
	住所	〒 電話番号 ()	
支払った期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
支払った金額	円	※ 支給額	円

次のとおり口座振込を依頼します。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	1 普通 2 当座	口座番号
	金融機関 コード	支店 コード	フリガナ		
			口座名義人		

※ 口座振込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、障害者施策等ホームヘルプサービス利用者負担減額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 _____
-----	---

※ 太枠のみ記入してください。

受付日	No	支給予定日	添付書類
入力日	支給の可否	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> サービス提供証明書 <input type="checkbox"/> 減額認定証

様

区 長 名 (印)

障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額支給決定通知書

先に申請のありました、障害者等ホームヘルプサービス利用者負担減額の差額分支給については、次のとおり決定しましたので、通知します。

被保険者番号										
氏名										
決定年月日	年 月 日									
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで									
支給額										
支給予定日	年 月 日									
備考										

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、川崎市長に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に、川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも取消訴訟を提起することができます。

問い合わせ先

電話