

事務連絡
平成23年6月30日

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

東日本大震災により被災した介護保険の被保険者に対する介護保険
施設等の食費及び居住費等に関する補助の取扱いについて

東日本大震災の被災等への必要な介護保険サービスの確保については、多大なご配慮、ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

東日本大震災により被災した介護保険の被保険者に対する介護保険施設等の食費及び居住費等の減免の特例については、「東日本大震災により被災した介護保険の被保険者に対する利用料の免除等の運用について」（平成23年5月16日付け老介発0516第1号厚生労働省老健局介護保険計画課長通知。以下「課長通知」という。）において示されているところですが、課長通知第2の6において別途通知することとされていた食費及び居住費等に関する補助に係る事業者による市町村への請求方法等について、今般、下記のとおり取り扱うこととしましたので、管内市町村（特別区を含む。以下同じ。）、サービス事業所等に周知を図るようお願いします。

記

1 国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）を経由して補助を行う場合の方法（別添1「実際の流れのイメージ（国保連を経由する場合）」参照）

(1) 国保連への請求に当たっての留意事項

介護保険施設等の食費及び居住費等に係る補助（以下「補助」という。）については、既存の枠組みを活用して、国保連を経由して請求及び支払を行うことを可能にする。具体的には、事業者は食費及び居住費等の補助対象者（以下「補助対象者」という。）について、既存の特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費（以下「特定入所者介護サービス費等」という。）の請求様式を使用し、特定入所者介護サービス費等の負担限度額の欄に「0」、利用者負担額の欄に「0」を記載した上で国保連に請求を行うこととし、国保連は、補助に係る費用の支払を含めて特定入所者介護サービス費等として支払を行うこととすること。

事業者が所得段階第4段階の者（以下「第4段階の者」という。）について特定入所者介護サービス費等の請求をする場合は、国保連のシステムにおいてエラーが

発生するため、市町村は、補助対象者のうち第4段階の者を事前に特定入所者介護サービス費等の対象者とした受給者異動連絡票情報を国保連に送付する。ただし、事務処理上、受給者異動連絡票情報を事前に国保連に送付することが難しい場合には、エラーとなった請求書を抽出し、市町村と国保連において調整の上、補助対象者の受給者異動連絡票を作成することにより対応することも可能とする。

(2) 補助金及び負担金の請求

国保連から市町村に対し、補助対象者と想定される者の氏名等を記載したリスト（別添2参照）が提供される。市町村はリストの内容を確認の上、補助に係る費用を算定し、当該費用を国へ請求する。なお、国、都道府県、社会保険診療報酬支払基金への保険給付に係る負担金の請求に際しては、補助に係る費用を控除した上で行うことに注意されたい。

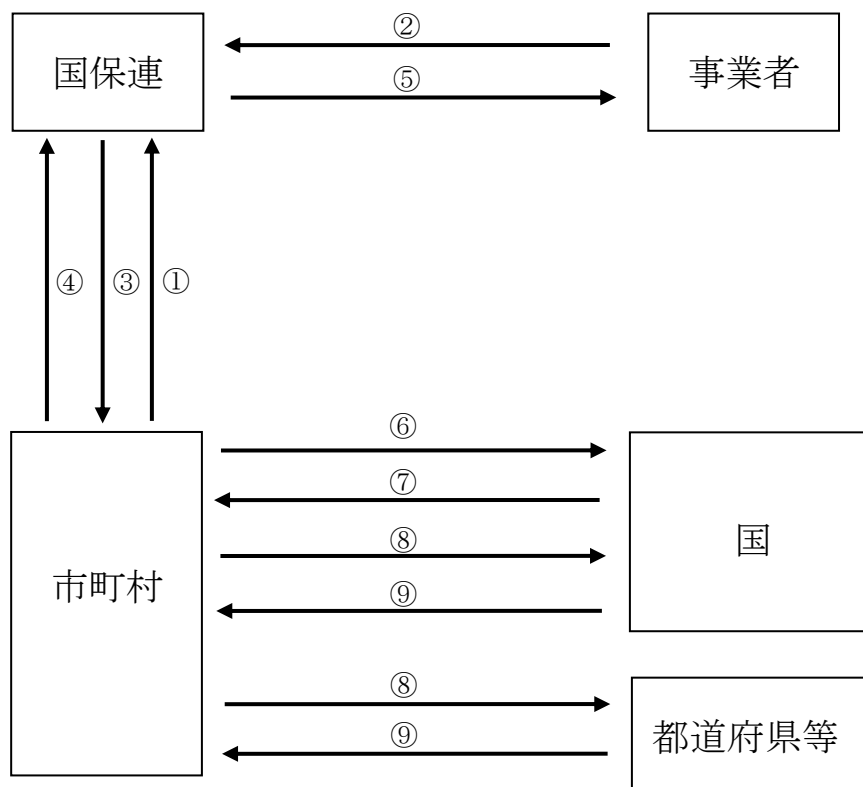
2 事業者又は補助対象者に直接補助を行う場合の方法

市町村は、事業者又は補助対象者からの申請に基づき補助を行い、当該補助に係る費用を国に請求する。なお、当該請求の様式を参考までにお示しするので、適宜活用されたい。（参考様式1、参考様式2）

3 概算請求が行われている場合の補助に係る費用の算定方法

事業者が概算請求により介護報酬の請求を行った場合であって、当該事業者が食費及び居住費等の自己負担分を補助対象者から徴収している場合は、補助対象者から申請のあった額を補助に係る費用とし、市町村は、当該額を国に請求する。

実際の流れのイメージ（国保連を経由する場合）



- ① 市町村は、補助対象者のうち第4段階の者について、事前に特定入所者介護（介護予防）サービス費の対象者とした受給者異動連絡票情報を国保連に送付。ただし、事務処理上、受給者異動連絡票情報を事前に国保連に送付することが難しい場合には、エラーとなった請求書を抽出し、市町村と国保連において調整の上、補助対象者の受給者異動連絡票を作成することにより対応することも可能とする。なお、第1～3段階の補助対象者分についても同様の取扱いとする。
- ② 事業者は、補助対象者の食費及び居住費等の自己負担分も含めて国保連に請求。
- ③ 国保連は、補助対象者のリストを市町村に送付の上、補助対象者の食費及び居住費等の自己負担分も含めて特定入所者介護（介護予防）サービス費として、市町村に請求。
- ④ 市町村は、補助対象者の食費及び居住費等の自己負担分も含めて特定入所者介護（介護予防）サービス費として、国保連に支払い。
- ⑤ 国保連は、事業者に対して食費及び居住費等の自己負担分も含めて支払い。
- ⑥ 市町村は、補助に係る経費を国に請求。
- ⑦ 国は、補助に係る経費を市町村に支払い。
- ⑧ 市町村は、補助に係る経費を控除した額を保険給付に要する費用に係る負担金として、国、都道府県及び社会保険診療報酬支払基金に請求。
- ⑨ 国、都道府県及び社会保険診療報酬支払基金は、市町村からの請求に基づき、負担金を支払い（精算）。

負担限度額が0円となった受給者の猶予された負担限度相当額一覧表（負担軽減対象者）

平成23年03月サービス分

保険者番号	XXXXXX
保険者名	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

猶予受給者数合計	対象レセプト件数合計	利用者負担相当額合計
999,999	999,999	999,999,999

被保険者番号	被保険者名	事業所番号	様式	サービスコード	台帳有無	特入申請区分	サービス区分	特定入所者介護負担限度額(平成23年2月末時点)					震災前負担限度額	費用単価	日数	費用額合計	自己負担相当額	
								食事	個室	準個室	従来型特	従来型老・療						多床室
0000000001	カゴイロウ	9970010051	様式第8	595111		3	1	650	1,640	1,310	820	1,310	320	650	1,380	31	42,700	20,150
0000000001	カゴイロウ	9970010051	様式第8	595123		3	1	650	1,640	1,310	820	1,310	320	820	1,150	31	35,700	25,420
0000000002	カゴシロウ	9970010052	様式第9	595211		3	1	390	820	490	420	490	320	390	1,380	31	42,700	12,090
0000000002	カゴシロウ	9970010052	様式第9	595222		3	1	390	820	490	420	490	320	490	1,640	31	50,700	15,190
1000000001	コカハヤコ	9970010051	様式第8	595111		3	2	300	820	490	320	490	0	300	1,380	31	42,700	9,300
1000000001	コカハヤコ	9970010051	様式第8	595124		3	2	300	820	490	320	490	0	0	320	31	9,300	0

※自己負担相当額について、保険者にて確認を行い、国へ請求してください。

2月末時点の受給者情報の内容

請求を行ったサービスコードに対応する2月の台帳の負担額を参照する。

特定入所者介護サービス費情報から取得「費用単価」「日数」「費用額」を表示

特定入所者介護サービス対象者（第1～3段階）の利用者負担額（国に請求する際に、確認が必要な項目）

（記載例）

負担限度額が0円となった受給者の猶予された負担限度相当額一覧表（一般）

平成23年03月サービス分

被保険者番号	XXXXXX
保険者名	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

猶予受給者数合計	対象レセプト件数合計	利用者負担相当額合計
999,999	999,999	999,999,999

被保険者番号	被保険者名	事業所番号	様式	サービスコード	台帳有無	特入申請区分	サービス区分	特定入所者介護サービス負担限度額						震災前負担限度額	費用単価	日数	費用額合計	自己負担相当額
								食事	個室	準個室	従来型特	従来型老・療	多床室					
1000000002	コカイト	9970010051	様式第8	595111		1								1,380	31	42,780	42,780	
1000000002	コカイト	9970010051	様式第8	595124		1								320	31	9,920	9,920	
1000000005	カゴコロ	9970020053	様式第10	595311	●									1,380	20	27,600	27,600	
1000000005	カゴコロ	9970020053	様式第10	595324	●									320	20	6,400	6,400	
1000000006	コカイト	9970010024	様式第3-2	592411										1,380	4	5,520	5,520	
1000000006	コカイト	9970010024	様式第3-2	592424										320	4	1,280	1,280	

※自己負担相当額について、保険者にて確認を行い、国へ請求してください。

2月末時点の受給者情報の内容

特定入所者介護サービス費情報から取得「費用単価」「日数」「費用額」を表示

一般の方（第4段階）の利用者負担額（国に請求する際に、確認が必要な項目）

介護保険施設等の食費及び居住費等に関する補助に係る請求書

市町村長 殿

保険者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

請求事業者	事業所番号								
	事業所名称								
	所在地	〒 ー ⑩							
	連絡先	電話番号							
	担当者								

東日本大震災に対処するための特別の財政支援及び助成に関する法律第90条第1項により支給される補助について、被保険者に代わり、請求します。

(年 月分)

被保険者番号										被保険者名										サービスコード※1				負担 限度額※2		回数 日数		自己負担相当額	
合 計																													

- ※1 サービスコード欄の上欄には、食費に該当するコードを、下欄には居住費(滞在費)に該当するコードをご記入ください。
- ※2 第4段階に該当する場合は、基準費用額をご記入ください。
- ※3 上記内容を確認できる書類を添付してください。

介護保険施設等の食費及び居住費等に関する補助に係る支給申請書

年 月 日

市町村長 殿

介護保険施設等の食費・居住費等に関する補助の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 「被保険者」	被保険者番号													
	フリガナ	-----											生年月日	明・大・昭
	氏名	Ⓜ											性別	年 月 日
	住所	〒 (電話)												

支払金額	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	合計	円

※上記金額を証明する領収証を添付してください。

上記の食費・居住費等に関する補助は、下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関名				店舗名				種目	口座番号				
									1 普通預金					
	金融機関コード				店舗コード				2 当座預金					
									3 その他					
	口座名義人	(フリガナ) -----												

※ 本人名義の口座を指定してください。