

発行：長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課
〒380-0871
長野市西長野加茂北 143-8 自治会館内
TEL：026-238-1555 (直通)
TEL：026-238-1580 (苦情専用)
TEL：026-238-1583 (障害者総合支援専用)
FAX：026-238-1581
E-mail：kaigo@kokuho-nagano.or.jp
URL：http://www.kokuho-nagano.or.jp/

信濃の介護保険

1 新規指定介護保険事業者説明会について

新規指定介護保険事業者を対象とした説明会を下記のとおり開催します。

現在、滞りなく介護保険請求をされている事業所においても、担当者が代わられた場合などには、この機会にご参加ください。

本会からは介護給付費等の請求をするうえでの基本的事項について説明します。サービス種類別の詳細な説明は行いませんのでご承知おきください。

また、県介護支援課からも新規指定事業者向けの説明があります。参加を希望される事業者は、前日までに事業所番号、事業所名、参加者名をFAXにてご報告ください。

開催日	場所	時間(予定)
平成29年4月27日(木)	長野県自治会館 1階会議室	午後1時30分～4時30分
平成29年5月29日(月)	松本合同庁舎 402会議室	午後1時00分～4時00分

2 介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出について①

平成29年4月より、県下全ての保険者において、介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という。)が開始されます。

本会では提出された給付管理票と請求明細書の突合審査をしておりますが、これまでの審査では下記のとおり給付管理票と請求明細書それぞれに記載されているサービス種類コードが不一致のために返戻、査定となるケースが散見されておりますのでご注意ください。

様式第十一(附則第二条関係)

給付管理票(平成29年4月分)

保険者番号		保険者名		作成区分													
5,003単位 / 月		平成29年4月		～		平成		年		月		た場合		介護支援専門員番号			
居宅サービス・介護予防サービス																	
サービス事業者の事業所名	事業所番号(県番号-事業所番号)								指定/基幹該当/地域密着型サービス/総合事業識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数					
□□事業所	2	0	7	9	9	2	2	2	2	2	指定・基幹該当・地域密着・総合事業	予防通所介護	65	1	6	4	7
合計											65	1	6	4	7		

不一致

様式第二の三(附則第〇条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

請求額集計欄		平成29年4月											
①サービス種類コード / ②名称	A5												
③サービス実日数	1日												
④計画単位数	1647												
⑤限度額管理対象単位数	1647												
⑥限度額管理対象外単位数	0												
給付率(/100)													

3 介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出について②

総合事業実施にあたり、給付管理票等の様式記載例(A3、A4)を掲載しますので、指定を受けた事業所におきましては、ご確認のうえ請求ください。

様式第十一(附則第二条関係)

給付管理票(平成 29 年 4 月分)

(記載例)
事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合の給付管理票

保険者番号		保険者名		作成区分							
5,003単位 / 月		平成 29年 4月	~	平成 年 月	した 場合						
事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援1の額を記載する		サービス		事業対象者の場合、限度額適用期間(終了年月)がない場合、空欄とする							
サービス事業者の事業所名	事業所番号(県番号・事業所番号)			指定/基準該当/地域密着型サービス/総合事業識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数				
〇〇事業所	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する		指定・基準該当・地域密着・総合事業		複合型サービス(独自/定率)		A	3	事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援1の区分支給限度額(5,003単位)を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額(要支援2の区分支給限度基準額(10,473単位)以下の額)を超える場合、返戻とする			
合計								1	3	0	0

様式第二の三(附則第〇条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号	平成 29年 04月 分								
公費受給者番号	保険者番号 2 0 2 0 * *								
開始年月日	平成 29年 04月 01日	年月日	平成 年 月 日						
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要		
□□サービス1	A 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0			(参考) 明細情報ごとの事業費請求額を求める 明細情報ごとの事業費請求額 = ≪サービス単位数×⑨単位数単価≫×給付率≫ 1行目 □□サービス1(A3□□□□) 1,000単位×10.35円=10,350円 10,350円×95%=9832.5≒9,832円 2行目 □□サービス2(A3■■■■) 300単位×10.35円=3,105円 3,105円×80%=2,484円 ※≪≫は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す		
□□サービス2	A 3 ■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0					
・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している ・A3□□□□(給付率95%)及びA3■■■■(給付率80%)は保険者市町村から認められたサービス									
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数					
①サービス種類コード/②名称 A 3 ③サービス実日数 8 日 ④計画単位数 1 3 0 0 ⑤限度額管理対象単位数 1 3 0 0 ⑥限度額管理対象外単位数 0 ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥ 1 3 0 0 ⑧公費分単位数 0 ⑨単位数単価 1 0 3 5 円/単位 ⑩保険請求額 1 2 3 1 6 ⑪利用者負担額 1 1 3 9 ⑫公費請求額 0 ⑬公費分本人負担 0					(保険者独自(定率)サービスの場合は、給付率は記載しない) 1. 事業費請求額を求める ⑩事業費請求額 = 明細情報ごとに計算した事業費請求額の合計 9,832円+2,484円=12,316円 2. 利用者負担額を求める ⑪利用者負担額 = ≪⑦給付単位数×⑨単位数単価≫-⑩事業費請求額 1,300単位×10.35円=13,455円 13,455円-12,316円=1,139円				
					給付率(/100)				
					事業				
					公費				
					合計				
					1	2	3	1	6
					1	1	3	9	
					0				0
					0				0

様式第十一(附則第二条関係)

給付管理票(平成29年4月分)

(記載例)
事業対象者が保険者独自(定額)サービスを受けた場合の給付管理票

保険者番号		保険者名		作成区分	
5,003単位 / 月		平成29年4月	～	平成	年 月
委託先番号		委託先の又援事業所番号		介護支援専門員番号	
事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援1の額を記載する		事業対象者の場合、限度額適用期間(終了年月)がない場合、空欄とする			
サービス事業者の事業所名	事業所番号(県番号-事業所番号)	指定/基準該当/地域密着型サービス/総合事業識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数
〇〇事業所	2 0 0 0 0 1 0 0 0 1 0	指定・基準該当・地域密着・総合事業	複合型サービス(独自/定率)	A 4	5 0 0 0
総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する		事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援1の区分支給限度額(5,003単位)を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額(要支援2の区分支給限度基準額(10,473単位)以下の額)を超える場合、返戻とする		合計	
					5 0 0 0

様式第二の三(附則第〇条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号	平成 2 9 年 0 4 月 分						
公費受給者番号	保険者番号 2 0 2 0 * *						
開始年月日	平成 2 9 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日				
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
□□サービス1	A 4 ◇ ◇ ◇ ◇	4 0 0	5	2 0 0 0			
□□サービス2	A 4 ◆ ◆ ◆ ◆	1 0 0 0	3	3 0 0 0			
・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している ・A4◇◇◇◇(利用者負担額414円)及びA4◆◆◆◆(利用者負担額777円)は保険者市町村から認められたサービス				(参考)明細情報ごとの事業費請求額を求める 明細情報ごとの事業費請求額 = 1回あたりの利用者負担額 × 回数 1行目 ◇◇サービス1(A4◇◇◇◇) 414円 × 5回 = 2,070円 2行目 ◇◇サービス2(A4◆◆◆◆) 777円 × 3回 = 2,331円			
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数			
①サービス種類コード / ②名称 A 4 ③サービス実日数 8 日 ④計画単位数 5 0 0 0 ⑤限度額管理対象単位数 5 0 0 0 ⑥限度額管理対象外単位数 0 ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数) + ⑥ 5 0 0 0 ⑧公費分単位数 0 ⑨単位数単価 1 0 3 5 円/単位 ⑩保険請求額 4 7 3 4 9 ⑪利用者負担額 4 4 0 1 ⑫公費請求額 0 ⑬公費分本人負担 0							
1. 利用者負担額を求める ⑪利用者負担額 = 明細情報ごとに計算した利用者負担額の合計 2,070円 + 2,331円 = 4,401円				(保険者独自(定額)サービスの場合は、給付率は記載しない)			
2. 事業費請求額を求める ⑩事業費請求額 = <⑦給付単位数 × ⑨単位数単価> - ⑪利用者負担額 5,000単位 × 10.35円 = 51,750円 51,750円 - 4,401円 = 47,349円				給付率(/100) 事業 4 7 3 4 9 公費 4 4 0 1 合計 4 7 3 4 9			
※保険者独自(定額)サービスの場合、利用者負担額から先に計算する ※<>は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す				円/単位 0 0			

その他の記載例については、下記ホームページに掲載されていますので参考としてください。

<WAMNET (ワムネット) > <http://www.wam.go.jp/>

平成29年3月請求分の支払日は4月28日(金)、5月請求分の締め切りは5月10日(水)です。