

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

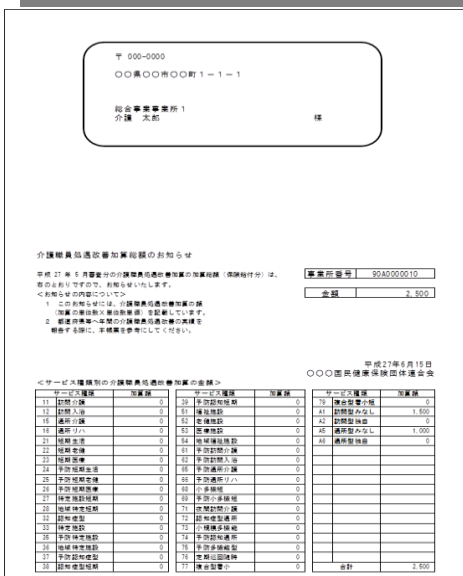
新規指定介護保険事業者を対象とした説明会を下記のとおり開催します。  
現在、滞りなく介護保険請求をされている事業所においても、担当者が代わられた場合などには、この機会にご参加ください。  
本会からは介護給付費等の請求をするうえでの基本的事項について説明します。サービス種類別の詳細な説明は行いませんのでご承知おきください。  
また、県介護支援課からも新規指定事業者向けの説明があります。参加を希望される事業者は、前日までに事業所番号、事業所名、参加者名をFAXにてご報告ください。

| 開催日           | 場所             | 時間(予定)        |
|---------------|----------------|---------------|
| 平成29年8月29日(火) | 松本合同庁舎 402 会議室 | 午後1時00分～4時00分 |

## 2 紙請求を行っている事業所の皆様へ

現在、紙請求を行っている事業所におかれましては、平成26年8月15日厚生労働省令第98号「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を改正する省令」により、平成30年4月1日以降、介護事業所は一部の例外を除いて書面による請求は行えず、原則として伝送または電子媒体で請求を行うこととなります。  
一部の例外に該当する介護事業所において引き続き書面による請求を行う場合は、同改正省令により規定された「免除届出書」を本会へ提出する必要がありますので、厚生労働省の広報資料(別添)をご確認のうえ、郵送にて早めに提出するようお願いします。  
なお、「免除届出書」の様式は本会ホームページより取得可能です。  
【取得方法】長野県国保連合会のHP⇒ [www.kokuho-nagano.or.jp/](http://www.kokuho-nagano.or.jp/) トップ  
>介護事業所のみなさまへ>様式ダウンロード>介護事業所等>請求省令に関する免除届

## 3 介護職員処遇改善加算総額のお知らせの総合事業分(定率・定額)について



毎月、対象の事業所へ送付しています「介護職員処遇改善加算総額のお知らせ」ですが、介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービス(独自/A3 定率・A4 定額)、通所型サービス(独自/A7 定率・A8 定額)の加算額については、市町村(保険者)独自のサービスとなりますので記載がありません。  
事業所は、年1回、県へ介護職員処遇改善実績報告書を提出することとなっておりますが、実績報告書の記載方法等に関しては、長野県介護支援課までお問い合わせくださいますようお願いいたします。

4 介護給付費等の公費請求の記載方法について

介護給付費等の請求に関するお問い合わせをいただく中で、介護保険と生活保護等公費併用に関する記載方法の問い合わせを多くいただいております。

記載例①、②を掲載しますので参考としてください。

<記載例①>

【サービス対象月を通じて介護扶助の対象であり、公費本人負担額がない場合】

|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | * | * | * | * | * | * |
| 公費受給者番号 | * | * | * | * | * | * | * | * |

| 給付費明細欄 | 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 |
|--------|-----------|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|----|
|        | 通所介護 I 11 | 1 5 1 2 4 1 | 4 2 6 | 1 0 | 4 2 6 0 | 1 0   | 4 2 6 0 |    |

|        |                   |         |           |  |      |  |      |  |      |
|--------|-------------------|---------|-----------|--|------|--|------|--|------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード<br>②名称 | 1 5     |           |  |      |  |      |  |      |
|        | ③サービス実日数          | 1 0     | 日         |  | 日    |  | 日    |  |      |
|        | ④計画単位数            |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑤限度額管理対象単位数       |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数      |         |           |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑦給付単位数(④⑤のうち)     |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑧公費分単位数           |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑨単位数単価            | 1 0 0 0 | 円/単位      |  | 円/単位 |  | 円/単位 |  | 円/単位 |
|        | ⑩保険請求額            |         | 3 8 3 4 0 |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑪利用者負担額           |         |           |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑫公費請求額            |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑬公費分本人負担          |         |           |  |      |  |      |  |      |

給付率は保険が90となり、公費が100となる。

| 給付率 (/100) |       |
|------------|-------|
| 保険         | 9 0   |
| 公費         | 1 0 0 |

⑩保険請求額が<費用総額の90/100(小数点以下切捨て)>となり、⑫公費請求額は<総費用額-保険請求額>となる。  
⑪利用者負担額及び⑬公費分本人負担は空欄となる。

<記載例②>

【サービス対象月の一部が介護扶助の対象期間であり、公費本人負担額がない場合】

|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | * | * | * | * | * | * |
| 公費受給者番号 | * | * | * | * | * | * | * | * |

| 給付費明細欄 | 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 |
|--------|-----------|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|----|
|        | 通所介護 I 11 | 1 5 1 2 4 1 | 4 2 6 | 1 0 | 4 2 6 0 | 5     | 2 1 3 0 |    |

|        |                   |         |           |  |      |  |      |  |      |
|--------|-------------------|---------|-----------|--|------|--|------|--|------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード<br>②名称 | 1 5     |           |  |      |  |      |  |      |
|        | ③サービス実日数          | 1 0     | 日         |  | 日    |  | 日    |  |      |
|        | ④計画単位数            |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑤限度額管理対象単位数       |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数      |         |           |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑦給付単位数(④⑤のうち)     |         | 4 2 6 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑧公費分単位数           |         | 2 1 3 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑨単位数単価            | 1 0 0 0 | 円/単位      |  | 円/単位 |  | 円/単位 |  | 円/単位 |
|        | ⑩保険請求額            |         | 3 8 3 4 0 |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑪利用者負担額           |         | 2 1 3 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑫公費請求額            |         | 2 1 3 0   |  |      |  |      |  |      |
|        | ⑬公費分本人負担          |         |           |  |      |  |      |  |      |

⑪利用者負担額は、  
<総費用額-保険請求額-公費請求額>となる。

⑫公費請求額は、<公費対象総費用額-公費対象期間保険請求額(ともに小数点以下四捨五入)>となる。  
21,300-19,170=2,130

平成 29 年 6 月 請求分の支払日は 7 月 28 日 (金)、7 月 請求分の締め切りは 8 月 10 日 (木) です。