

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：https://www.kokuho-nagano.or.jp

信濃の介護保険

1 新規指定介護保険事業者研修会について

新規指定介護保険事業者を対象とした研修会は、報酬改定に伴う資料作成後に実施するため、県介護支援課からの説明も併せ、令和6年4月～6月までは実施しません。7月以降の開催日程が決まり次第、本紙に掲載しますのでご承知おきください。

2 令和6年4月審査分の返戻通知等の問合せについて

標記につきまして、連休により営業日も少ないため、返戻到着後から問合せが集中し、電話が繋がりにくくなることが想定されますのでご了承ください。

つきましては、本会ホームページに掲載の「介護給付費請求明細書及び支払額等に関する照会票」にてFAXでの問い合わせにご協力ください。本会ホームページに「請求明細書、給付管理票返戻(保留)一覧表」等の見方、対応方法等を掲載しておりますので、あわせてご確認ください。

【令和6年4月審査分の返戻等通知の送信、郵送予定日】

- 伝送請求事業所・・・令和6年4月26日(金) 16:00以降送信予定
- 磁気媒体・帳票請求事業所・・・令和6年4月30日(火) 発送予定

3 電子請求受付システムのID・パスワード再発行について

令和6年3月15日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡「令和6年度介護報酬改定を踏まえた科学的介護情報システム(LIFE)の対応について」を受け、本会への電子請求受付システムのパスワード再発行依頼が多くなることが予想されます。再発行を希望される場合は、本会ホームページの再発行依頼に係る注意事項をご確認のうえ、返信用封筒を同封し送付してください。

なお、本会からは簡易書留で郵送しますので郵送料の不足のないようご注意ください、不足があった場合は不足分の切手を送付していただくこととなりますのでご了承ください。

4 令和6年5月請求分の受付日程について

5月請求分受付日程		5月1日 (水)	2日 (木)	3日 (金)	4日 (土)	5日 (日)	6日 (月)	7日 (火)	8日 (水)	9日 (木)	10日 (金)
請求方法	インターネット伝送 (24時間受付)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	郵送・宅急便	○	○	△※1	△※1	△※1	△※1	○	○	○	○
	持参 (3～6日は閉館)	○※2	○※2	×	×	×	×	○※2	○※2	○※3	○※3

※1 受け取りは7日以降
 ※2 受付場所：5階介護保険課 受付時間：午前8時30分～午後5時
 ※3 受付場所：1階受付会場 受付時間：午前8時30分～午後5時

令和6年4月審査分の支払日は5月30日(木)、令和6年5月審査分の締め切りは5月10日(金)です。

5 居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱いについて

令和6年4月から居宅介護支援事業者も市町村からの指定を受けて介護予防支援を実施できるようになりました。これに伴う、給付管理票及び介護給付費請求明細書の記載例は以下のとおりです。

様式第十一 (附則第二条関係)

給付管理票 (令和 6年 4月分)

記載例
介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が、要支援者に介護予防サービスを計画した場合の給付管理票及び介護給付費請求明細書

介護予防サービスのみを計画した場合、居宅サービス計画作成区分には「3」を設定する。

作成区分
1. 居宅介護支援事業者作成
2. 被保険者自己作成
3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成

サービスを計画した居宅介護支援事業者の事業所番号を記載する。

委託先の支援事業所番号及び介護支援専門員番号は空欄とする。

保険者番号	9 0 1 0 0 1	被保険者名	〇〇市
被保険者番号	0 0 0 0 0 1 1 1 1	被保険者氏名	フリガナ カゴ 伊吹 介護 一郎
生年月日	30年 3月 3日	性別	男・女
要支援・要介護状態区分等	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	要支援・要介護状態区分等	1・2
居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 支給限度基準額	5,032 単位/月	サービス計画作成依頼届出年月日	令和 6年 4月 ~ 令和 7年 3月
作成区分	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成		
居宅介護/介護予防支援事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 1 1 0	担当介護支援専門員番号	9 0 0 0 0 0 0 1
居宅介護/介護予防支援事業者の事業所名	〇〇居宅介護支援事業所		
支援事業者の事業所所在地及び連絡先	099-111-1111		
委託した場合	委託先の支援事業所番号 介護支援専門員番号		

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	9 0 7 0 0 0 0 1 0	指定/基準該当・地域密着・総合事業	介護予防訪問入浴介護	6 2	1 7 1 2

様式第七の二 (附則第二条関係)

介護予防支援介護給付費明細書

令和 6年 4月 分

公費負担者番号

保険者番号 9 0 1 0 0 1

事業所番号 9 0 7 0 0 0 0 1 1 0

事業所名称 〇〇居宅介護支援事業所

所在地 〇〇県△△市〇〇1-1

連絡先 電話番号 099-111-1111

単位数単価 1 0 0 0 (円/単位)

項目	被保険者		要介護状態区分		認定有効期間		サービス計画作成依頼届出年月日		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		サービス単位数合計	
	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1	氏名	カゴ 伊吹	性別	1. 男 2. 女	1. 平成 2. 令和	5年 4月 1日 から 令和 7年 3月 31日 まで	1. 平成 2. 令和	6年 4月 1日	介護予防支援費II	4 6 2 1 2 1	4 7 2	1	4 7 2			4 7 2		
給付費明細欄	請求額合計																			4 7 2 0
	指定居宅介護支援事業者が行う場合、介護予防支援費IIを請求する。																			