

島根県介護保険等利用被爆者助成事業助成金事務処理要領

第1章 総則

1 趣旨

この要領は、島根県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）の規定に基づき、訪問介護利用被爆者助成事業、通所介護利用被爆者助成事業、短期入所生活介護利用被爆者助成事業及、定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用被爆者助成事業、小規模多機能型居宅介護利用被爆者助成事業、複合型サービス利用被爆者助成事業及び介護老人福祉施設等入所被爆者助成事業に係る助成金の支給手続その他支給事務の処理に関し必要な事項を定めるものとする。

第2章 介護保険利用助成金の支給手続

2 介護保険利用助成金の支給

介護保険利用助成金は、この章に定めるところに従い、支給する。

3 定義

この章において、介護保険利用助成金とは、次に掲げるものをいう。

- (1) 訪問介護利用被爆者助成事業に係る助成金（以下「訪問介護利用被爆者助成金」という。）
- (2) 通所介護利用被爆者助成事業に係る助成金（以下「通所介護利用被爆者助成金」という。）
- (3) 短期入所生活介護利用被爆者助成事業に係る助成金（以下「短期入所生活介護利用被爆者助成金」という。）
- (4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用被爆者助成事業に係る助成金（以下「定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用被爆者助成金」という。）
- (5) 小規模多機能型居宅介護利用被爆者助成事業に係る助成金（以下「小規模多機能型居宅介護利用被爆者助成金」という。）
- (6) 複合型サービス利用被爆者助成事業に係る助成金（以下「複合型サービス利用被爆者助成金」という。）
- (7) 介護老人福祉施設等利用被爆者助成事業に係る助成金のうち介護老人福祉施設利用に係る助成金（以下「介護老人福祉施設利用被爆者助成金」という。）

4 受給資格の認定

3の(1)に掲げる助成金の支給に係る受給資格の認定手続については、別に定める。

5 現物給付による利用助成金の支給

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付が居宅サービス

事業者又は介護老人福祉施設に対して支給されることにより被保険者である被爆者に対して当該保険給付を支払ったこととみなされる場合に、当該被爆者が事業者に介護保険利用助成金の受領を委任したときは、知事はその介護保険利用助成金を当該事業者に対して支払うことにより、当該被爆者に対して支給したものとみなす。

(2) (1)の方法により介護保険利用助成金の支給を受けようとする被爆者は、当該サービスの提供を求める際に事業者に対して被爆者健康手帳を提示しなければならない。

ただし、3の(1)に定める助成金の支給を受けようとする場合の手続きについては、別に定める。

(3) 知事は、(1)の規定による支払に関する事務を島根県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

6 償還払による利用助成金の支給

(1) 訪問介護利用被爆者助成金の支給

この助成金の支給については、別に定める。

(2) 通所介護利用被爆者助成金の支給

ア この助成金の支給を受けようとする者は、介護サービスを受けた後、領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付して、通所介護利用被爆者助成金支給申請書(別記様式第1号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。

イ 知事は、アの申請に基づき、内容を審査してその交付を決定し、申請者に通知する。

(3) 短期入所生活介護利用被爆者助成金の支給

ア この助成金の支給を受けようとする者は、介護サービスを受けた後、領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付して、短期入所生活介護利用被爆者助成金支給申請書(別記様式第2号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。

イ 知事は、アの申請に基づき、内容を審査してその交付を決定し、申請者に通知する。

(4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用被爆者助成金の支給

ア この助成金の支給を受けようとする者は、介護サービスを受けた後、領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付して、定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用被爆者助成金支給申請書(別記様式第3号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。

イ 知事は、アの申請に基づき、内容を審査してその交付を決定し、申請者に通知する。

(5) 小規模多機能型居宅介護利用被爆者助成金の支給

ア この助成金の支給を受けようとする者は、介護サービスを受けた後、領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付して、小規模多機能型居宅介護利用被爆者助成金支給申請書(別記様式第4号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。

イ 知事は、アの申請に基づき、内容を審査してその交付を決定し、申請者に通知する。

(6) 複合型サービス利用被爆者助成金の支給

ア この助成金の支給を受けようとする者は、介護サービスを受けた後、領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付して、複合型サービス利用被爆者助成金支給申請書(別記様式第5号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。

イ 知事は、アの申請に基づき、内容を審査してその交付を決定し、申請者に通知する。

(7) 介護老人福祉施設利用被爆者助成金の支給

ア この助成金の支給を受けようとする者は、介護サービスを受けた後、領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付して、介護老人福祉施設利用被爆者助成金支給申請書(別記様式第6号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。

イ 知事は、アの申請に基づき、内容を審査してその交付を決定し、申請者に通知する。

第3章 老人福祉措置負担金助成金の支給手続

7 老人福祉措置負担金助成金の支給

老人福祉措置負担金助成金は、この章に定めるところに従い、支給する。

8 定義

この章において、老人福祉措置負担金助成金とは、介護老人福祉施設利用被爆者助成事業に係る助成金のうち養護老人ホーム又は特別養護老人ホーム入所に係る助成金をいう。

9 支給手続

(1) この助成金の支給を受けようとする者は、老人福祉措置負担金助成金支給申請書(別記様式第7号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。

(2) 知事は、(1)の申請に基づき、内容を審査して交付を決定し、申請者に通知する。

(3) 知事は、交付の決定を受けようとする者又は受けた者から、関係市町村長

が発行した老人福祉措置に係る納付書を添え費用負担支払依頼書（別記様式第8号）によって納付の依頼があったときは、納付書の内容を確認し、当該納付書により納付することをもって同人に対する老人福祉措置負担金助成金の支給に代えることができるものとする。

- (4) (3)による依頼をした者については、老人福祉措置に係る納付書を知事に提出することをもって申請書の提出があったものとみなすものとする。

10 支払方法

知事は、支給を決定した助成金を、島根県会計規則第39条の規定による口座振替払の方法又は同規則第39条の2の規定による出納員払の方法によって支払うものとする。

附 則

- 1 この要領は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、平成25年4月1日から施行する。

1割自己負担

償還払用

通所介護利用被爆者助成金支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ 被爆者名 (申請者名)	印		被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)	被保険者 番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日
			性別	男・女
住所	市 (電話番号) 町 丁目 番 号 村			
利用施設名	利用日数		申請額	
	日間		円	
島根県知事 様 上記のとおり、関係書類を添えて通所介護利用被爆者助成金の支給を申請します。 平成 年 月 日				

※ この申請書に該当月分の領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所		種目	普通預金				
	金融機関コード		店舗コード		口座番号					
	フリガナ 口座名義人									

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 郵便局は口座振替できません。

1割自己負担

償還払用

短期入所生活介護利用被爆者助成金支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ 被爆者名 (申請者名)	印		被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)	被保険者 番 号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日
		性別	男・女	
住 所	市 (電話番号)	
	町	町	丁目	番 号
	村			
利用施設名	利用期間	利用日数	申請額	
	平成 年 月 日から	日間	円	
	平成 年 月 日まで			

島根県知事 様

上記のとおり、関係書類を添えて短期入所生活介護利用被爆者助成金の支給を申請します。

平成 年 月 日

※ この申請書に該当月分の領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	普通預金				
			口座番号					
	金融機関コード	店舗コード						
	フリガナ 口座名義人							

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 郵便局は口座振替できません。

1割自己負担

償還払用

定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用被爆者助成金支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ 被爆者名 (申請者名)	印		被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)	被保険者 番 号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日
			性別	男・女
住 所	市 (電話番号)	
	町	町	丁目	番 号
	村			
利用施設名	利用期間	利用日数	申請額	
	平成 年 月 日から	日間	円	
	平成 年 月 日まで			

島根県知事 様

上記のとおり、関係書類を添えて定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用被爆者助成金の支給を申請します。

平成 年 月 日

※ この申請書に該当月分の領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所		種目	普通預金				
	金融機関コード		店舗コード		口座番号					
	フリガナ 口座名義人									

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 郵便局は口座振替できません。

1割自己負担

償還払用

小規模多機能型居宅介護利用被爆者助成金支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ 被爆者名 (申請者名)	印		被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)	被保険者 番 号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日
			性別	男・女
住 所	市 (電話番号)	
	町	町	丁目	番 号
	村			
利用施設名	利用期間	利用日数	申請額	
	平成 年 月 日から	日間	円	
	平成 年 月 日まで			

島根県知事 様

上記のとおり、関係書類を添えて小規模多機能型居宅介護利用被爆者助成金の支給を申請します。

平成 年 月 日

※ この申請書に該当月分の領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所	種目	普通預金					
	金融機関コード			店舗コード		口座番号				
	フリガナ 口座名義人									

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 郵便局は口座振替できません。

1割自己負担

償還払用

複合型サービス利用被爆者助成金支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ 被爆者名 (申請者名)	印		被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)	被保険者 番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日
性別	男・女			
住所	(電話番号 市 町 丁目 番 号 村)			
利用施設名	利用期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	利用日数 日間	申請額 円	

島根県知事 様

上記のとおり、関係書類を添えて複合型サービス利用被爆者助成金の支給を申請します。

平成 年 月 日

※ この申請書に該当月分の領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	普通預金			
	金融機関コード		店舗コード		口座番号		
	フリガナ 口座名義人						

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 郵便局は口座振替できません。

1割自己負担

償還払用

介護老人福祉施設利用被爆者助成金支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ 被爆者名 (申請者名)	印			被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)	被保険者 番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別 男・女
住所				入所施設名	
入所期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	入所日数 日間	1割自己負担 円	標準負担額 円	合計 円	

島根県知事 様

上記のとおり、関係書類を添えて介護老人福祉施設利用被爆者助成金の支給を申請します。

平成 年 月 日

※ この申請書に該当月分の領収証及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	普通預金				
			口座番号					
	金融機関コード	店舗コード						
	フリガナ 口座名義人							

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 郵便局は口座振替できません。

老人福祉措置負担金助成金支給申請書

島根県知事 様

平成 年 月 日

(ふりがな)								続柄	
費用負担者								印	
費用負担者 居住地								費用負担額	
(ふりがな)								明治	男・女
被爆者名								大正 年 月 日 昭和	
被爆者健康 手帳番号								利用施設等	
居住地									
入所措置 市町村									

別記様式第8号

費用負担支払依頼書

島根県知事様

私が受け取る平成 年 月分以降の老人福祉措置（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム）負担金助成金は、私が老人福祉法第28条の規定に基づき負担している費用の負担にあてたいので、別添の納付書により市町村長へ支払うことを依頼します。

平成 年 月 日

費用負担者

住 所

氏 名

㊟