

訪問介護利用被爆者助成事業事務処理要領

1 目的

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。）第4に基づく訪問介護利用被爆者助成事業の事務処理について、必要な事項を定めるものとする。

2 受給資格認定申請手続

(1) 利用助成を受けようとする者は、別記様式第1号による申請書を保健所長を經由して知事に提出しなければならない。申請に当たっては、生計中心者が所得税非課税であることを確認できる書類を添付するものとする。

なお、生計中心者が実施要綱第4条第1項のなお書きの規定（以下「寡婦（夫）控除等のみなし適用」という。）により所得税非課税となる場合は、婚姻によらないで母となった女子、若しくは婚姻によらないで父となった男子であり、現在も婚姻関係（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）にないことを確認するため、戸籍謄本またはこれに類する公的機関が発行した証明書（以下「戸籍謄本等」という。）及び誓約書（別記第1号の2）を併せて添付するものとする。

(2) 知事は、上記の申請に基づき内容を審査して、申請者が実施要綱に定める要件に該当するものであるとして認定をしたときは、当該認定者に利用助成受給資格認定通知書とともに訪問介護利用被爆者助成受給者証（別記様式第2号、以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

(3) 前項の認定は、4月及び5月に申請する場合で前々年の課税状況を確認できるときは、申請のあった日の属する月の初日から、最初に到来する5月31日の翌年の5月31日までの期間を有効とすることができるものとする。6月以降12月末日までに申請する場合で前年の課税状況を確認することができるとき、及びその翌年の1月以降3月末日までに申請する場合で前々年の課税状況を確認することができるときは、申請のあった日の属する月の初日から、最初に到来する5月31日までの期間を有効とすることができるものとする。

また、現に受給資格の認定を受けている者が、認定期間満了前の最初の4月1日以降から認定期間満了後の最初に到来する3月末までに引き続き認定を受けるため申請書を提出し、かつ当該期間内に認定を受ければ、その認定期間の始期は、その年度の6月1日とする。

(4) 第1項から第3項までの規定は、第2項の認定を更新する場合について準用するものとする。

なお、寡婦（夫）控除等のみなし適用により第2項の認定を受けた者は、引き続き寡婦（夫）控除等のみなし適用により第2項の認定を受けようとする場合に、第1項後段に規定する戸籍謄本等（誓約書を除く）の添付を省略することができる。ただし、知事が、寡婦（夫）控除等のみなし適用の可否を判断するにあたり、必要に応じて戸籍謄本等の提出を求めることを妨げない。

3 受給者証

- (1) 助成受給者は、受給資格を失ったとき又は有効期限に至ったときは、直ちに受給者証を保健所長を経由して知事に返却しなければならない。
- (2) 助成受給者は、受給者証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に受給者証記載事項変更届（別記様式第3号）に受給者証を添えて保健所長を経由して知事に届け出なければならない。
- (3) 助成受給者は、受給者証を破り、汚し又は失ったときは受給者証の再交付申請書（別記様式第4号）を保健所長を経由して知事に提出することにより、再交付を受けることができるものとする。

4 利用助成の受給

(1) 現物給付の場合

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（以下「介護保険利用助成要領」という。）5の（1）の方法により訪問介護利用被爆者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及び受給者証を提示しなければならないものとする。

(2) 償還払の場合

償還払により訪問介護利用被爆者助成金を受けようとする被爆者は、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、訪問介護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。

附 則

- 1 この要領は、平成13年4月1日から施行する。
- 2 平成13年4月1日から平成13年5月31日までに受け付けた認定申請を2の(2)の規定により認定する場合の有効期間は、2の(3)の規定にかかわらず、申請のあった日の属する月の初日から平成14年5月31日までとする。

附 則

この要領は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年10月5日から施行し、平成30年9月1日から適用する。

訪問介護利用被爆者助成受給資格認定申請書

島根県知事様

平成 年 月 日

ふりがな						明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女	
被爆者名	印							
住所						電話 () -		
被爆者健康 手帳番号				介護保険 保険者名称 (市町村名)		介護保険 被保険者番号		
介護保険制度における居宅介護(支援)サービスまたは特例居宅介護(支援)サービスの訪問介護利用に係る自己負担分について、島根県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づく利用助成を受けたいので利用資格を認定してください。								
世帯の状況	生計中心者(※1)	生計中心者の税制上の扶養親族である(※2)	名前	申請者との続柄	生年月日	寡婦(夫)控除のみなし適用(※3)	前年の所得税課税状況(※4)	同居別居
		はい・いいえ		本人	/	あり・なし	課税 非課税	/
		はい・いいえ				あり・なし	課税 非課税	同居 別居
		はい・いいえ				あり・なし	課税 非課税	同居 別居
		はい・いいえ				あり・なし	課税 非課税	同居 別居
		はい・いいえ				あり・なし	課税 非課税	同居 別居
		はい・いいえ				あり・なし	課税 非課税	同居 別居
		はい・いいえ				あり・なし	課税 非課税	同居 別居

(記載上の留意点)

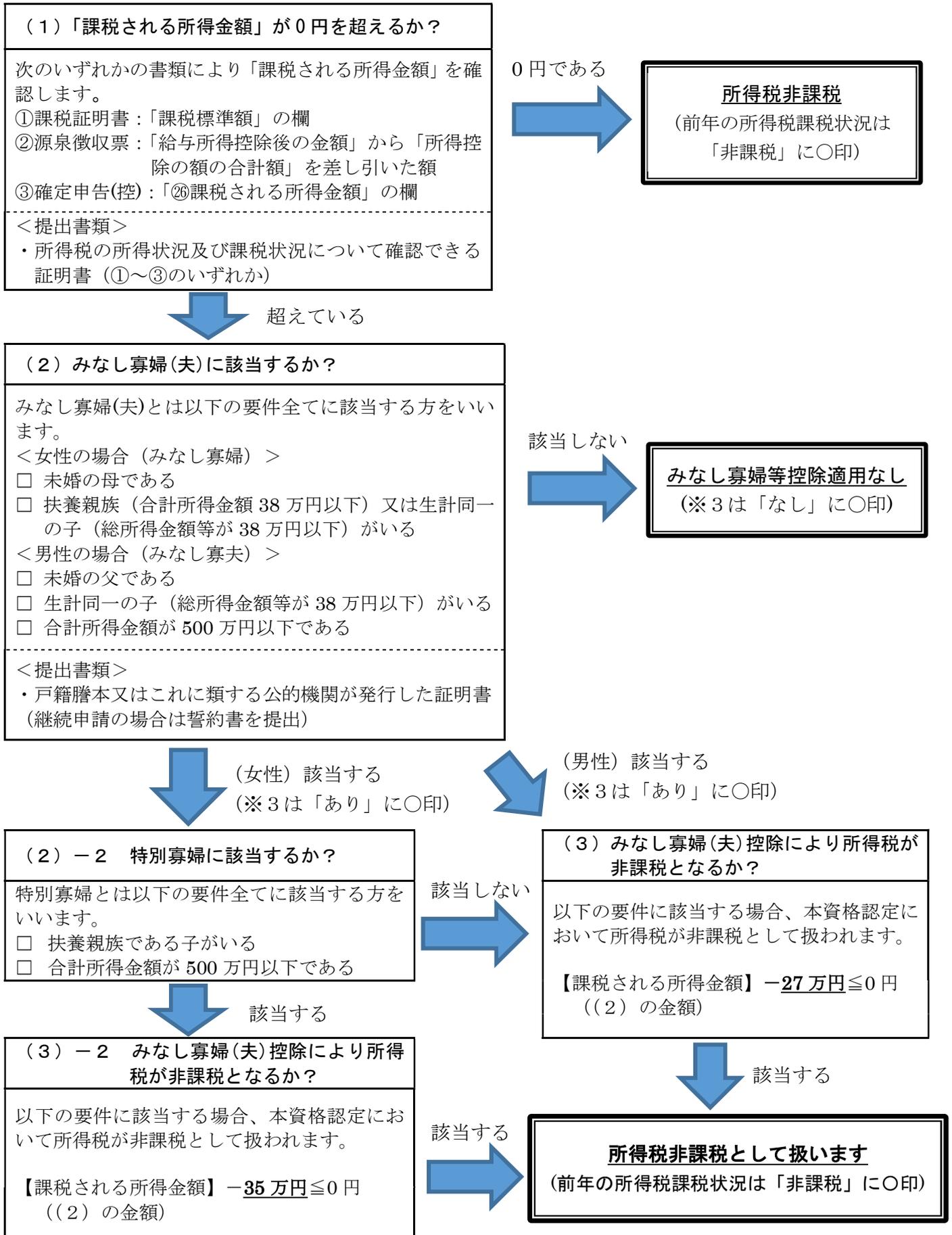
- ※1 生計中心者に○印をしてください。
- ※2 ※1の生計中心者の税制上の扶養親族であるかについて、いずれかに○印をしてください。
(19歳未満の税制上の扶養親族がいる方は、平成22年度税制改正における年少扶養控除等の廃止前の税額にて認定されます。)
- ※3 「婚姻によらないで母となった女子」及び「婚姻によらないで父となった男子」で所得要件等を満たした場合に該当します。(該当の有無は別紙フローチャート(1)により確認してください)
- ※4 ※3に該当する場合、別紙フローチャート(2)～(3)により課税状況を確認してください。

(添付書類)

- 1 被爆者の「**世帯全員**の住民票」
 ※「生計中心者」及び「生計中心者の19歳未満の扶養親族」が別世帯の場合は、その者の住民票
- 2 生計中心者の所得税の所得状況及び課税状況について確認できる証明書
- 3 被爆者の「介護保険の要介護認定等通知書」又は「介護保険被保険者証」の写し
- 4 みなし寡婦(夫)控除の適用を受ける場合は、「戸籍謄本」又は「これに類する公的機関が発行した証明書」及び「誓約書(別記様式第1号の2)」
 (継続申請の場合は、「戸籍謄本」又は「これに類する公的機関が発行した証明書」の省略が可能)

(別紙)

所得税へのみなし寡婦(夫)控除適用フローチャート



年 月 日

誓約書

島根県知事 殿

住所 _____

氏名 _____ (印)

※自書または押印

私は、今般申請した、訪問介護利用被爆者助成事業の受給資格認定について、下記の者に関し、寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを希望するので、下記の要件に該当しなくなる事実が生じていないことを誓約します。

記

- 1 寡婦（夫）控除のみなし適用を希望する者の氏名

- 2 要件

訪問介護利用被爆者助成事業の受給資格認定の申請時点において、上記の者が、過去に婚姻歴がなく、現在も婚姻状態（届け出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む）にない母（父）であること。

※ 寡婦（夫）控除のみなし適用の要件に該当するかを確認するため、必要に応じ、戸籍全部事項証明書等の書類を求めることがあります。

訪問介護利用被爆者助成受給者証

(表面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">訪問介護利用被爆者助成受給者証</div>									
交付年月日 平成 年 月 日									
負担者番号									
受給者番号									
受給者	住所								
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女			
介護保険保険者名									
介護保険被保険者番号									
適用年月日		平成	年	月	日から				
有効期限		平成	年	月	日まで				
発行機関名及び印		松江市殿町1番地 島根県知事							

(裏面)

注 意 事 項	
1	この制度で利用できるサービスは介護保険の居宅介護(支援)サービス又は特例居宅介護(支援)サービスにおける訪問介護です。
2	介護保険で訪問介護のサービスを受けるときは、必ず事前に、この証と被爆者健康手帳を事業者に提示してください。
3	受給者資格がなくなったとき、有効期限に至ったときには、すぐにこの証を県に返してください。また、県外に転出した際には、この証を添えて届け出てください。
4	この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、県に届け出てください。

証の大きさ 縦 128 ミリ
横 91 ミリ

訪問介護利用被爆者助成受給者証記載事項変更届

平成 年 月 日

島根県知事様

住 所
ふりがな
被爆者名
被爆者健康手帳番号



	変 更 前	変 更 後
住 所		
ふ り が な		
被 爆 者 名		
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女
介護保険保険者名 (市町村名)		
介護保険被保険者 番 号		

※ 変更の事実を証明する資料を添付すること（例 住民票の写、戸籍抄本、要介護認定等通知書）

受給者証の再交付申請書

平成 年 月 日

島根県知事様

住所

被爆者名



次の理由で訪問介護利用被爆者助成受給者証の再交付を申請します。

再交付申請の理由	破った	汚損した	失った
被爆者健康手帳番号			
紛失年月日	平成	年	月 日

【添付書類】理由が破った・汚損した場合は、破り、汚した受給者証を添付してください。

- 【注意事項】
- 1 失った受給者証を発見したときは、速やかにこれを返納してください。
 - 2 新たな受給者証が交付されたときは、従前の受給者証はその効力を失います。

1 割 自 己 負 担

償 還 払 用

訪問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	印		被爆者健康手帳番号	
保険者名称 (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)			
申請額	円			
<p>島 根 県 知 事 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて訪問介護利用被爆者助成金の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p>				

※ 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。