

## 新潟市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新潟市が行う介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施に関し、法、介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、この要綱において定めるもののほか、法、政令、施行規則、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）及び地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知「地域支援事業の実施について」別紙）の例による。

(総合事業の目的)

第3条 総合事業は、次に掲げることを目的に行う。

- (1) 高齢者が要介護状態等になることを可能な限り予防するとともに、要支援状態となっても、その状態の軽減又は悪化の防止を図り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援を行うこと。
- (2) 高齢者が住み慣れた地域で、安心して暮らしていくことができる、多様な支援が受けられる地域づくりを行うこと。

(総合事業の内容)

第4条 市長は、総合事業として、次に掲げる事業を行う。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）

ア 訪問型サービス（第1号訪問事業）

(ア)

a 介護予防訪問介護相当サービス 法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業のうち、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。）第5条による改正前の法（以下「旧法」という。）第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護に相当するもの

b 共生型介護予防訪問サービス 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号。以下「指定障害福祉サービス等基準」という。）第5条第1項に規定する指定居宅介護事業者又は重度訪問介護（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第12

3号。)第5条第3項に規定する重度訪問介護をいう。)に係る指定障害福祉サービス(同法第29条第2項に規定する指定障害福祉サービスをいう。)の事業を行う者が提供する介護予防訪問介護相当サービス

(イ) 訪問型基準緩和サービス 旧法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護の基準を緩和し、一定の研修を修了した者等が居宅を訪問して行うサービスであって、施行規則第5条で定める日常生活上の世話(入浴、排せつ、食事等の介護を除く。)を行うもの

(ウ) 住民主体の訪問型生活支援 地域住民等のボランティアによる、ゴミ出しや買い物等、日常の生活支援

(エ) 訪問型短期集中予防サービス 保健師等の専門職が、3か月程度居宅で生活機能の維持又は向上を目的として相談指導を行うもの

イ 通所型サービス(第1号通所事業)

(ア)

a 介護予防通所介護相当サービス 法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業のうち、旧法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護に相当するもの

b 共生型介護予防通所サービス 指定障害福祉サービス等基準第78条第1項に規定する指定生活介護事業者、指定障害福祉サービス等基準第156条第1項に規定する指定自立訓練(機能訓練)事業者、指定障害福祉サービス等基準第166条第1項に規定する指定自立訓練(生活訓練)事業者、児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第15号。以下「指定通所支援基準」という。)第5条第1項に規定する指定児童発達支援事業者又は指定通所支援基準第66条第1項に規定する指定放課後等デイサービス事業者が、提供する介護予防通所介護相当サービス

(イ) 通所型基準緩和サービス 旧法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護の基準を緩和した職員配置の下、運動やレクリエーション等を実施するもの

(ウ) 通所型短期集中予防サービス 生活機能を改善するため、3か月程度運動器の機能向上や栄養改善のプログラムを実施するもの

ウ 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)

(2) 一般介護予防事業

ア 介護予防把握事業

イ 介護予防普及啓発事業

ウ 地域介護予防活動支援事業

エ 一般介護予防事業評価事業

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(総合事業の実施方法)

第5条 次に掲げる事業は、法第115条の45の3第1項の規定に基づき市長が指定する者(以下「指定事業者」という。)により実施するものとする。

- (1) 介護予防訪問介護相当サービス
- (2) 共生型介護予防訪問サービス
- (3) 訪問型基準緩和サービス
- (4) 介護予防通所介護相当サービス
- (5) 共生型介護予防通所サービス
- (6) 通所型基準緩和サービス

2 次に掲げる事業は、法第115条の47第4項の規定に基づき、適切に事業を実施できると認められる者に委託して実施することができる。

- (1) 通所型短期集中予防サービス
- (2) 介護予防ケアマネジメント
- (3) 介護予防把握事業
- (4) 介護予防普及啓発事業
- (5) 地域介護予防活動支援事業
- (6) 一般介護予防事業評価事業

3 次に掲げる事業は、補助により実施するものとする。

- (1) 住民主体の訪問型生活支援
- (2) 地域介護予防活動支援事業(市が直接実施するもの及び委託により実施するものを除く。)

(第1号事業の対象者)

第6条 第4条1号に掲げる事業の利用の対象者は、次の各号のいずれかに該当する被保険者とする。

- (1) 居宅要支援被保険者
- (2) 施行規則第140条の62の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(平成27年厚生労働省告示第197号)に定める基本チェックリスト(以下「基本チェックリスト」という。第1号様式)の質問項目に対する回答の結果が別添1に掲げるいずれかの基準に該当する第1号被保険者(以下「事業対象者」という。)
- (3) 居宅要介護被保険者であって、要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受ける日以前に前2号のいずれかに該当し、第1号事業(市の補助により実施するものに限る。以下この号において同じ。)のサービスを受けていた者のうち、要介護認定によるサービスを受けた日以後も継続的に第1号事業のサービスを受ける者(市が必要と認める者に限る。)

(事業対象者の判定)

第7条 基本チェックリストの質問項目に対する回答の結果が別添1に掲げるいずれかの基準に該当するかの判定(以下「事業対象者判定」という。)は、市又は第4条第1号ウに掲げる事業を行う地域包括支援センターが実施する。

(第1号介護予防支援に係る届出)

第8条 第4条第1号ウに掲げる事業を利用しようとする第6条各号のいずれかに該当する被保険者(以下「居宅要支援被保険者等」という。)は、当該事業を行う地域包括支援センターの名称及び所在地を記載した届出書に被保険者証を添付して市長に届け出なければならない。

2 市長は、前項の規定により届出があった当該事業を行う地域包括支援センターの名称を前項の被保険者証に記載して返付するものとする。

3 事業対象者が第1項の届出を行った場合は、市長は前項の事項の他に、次に掲げる事項を当該被保険者証に記載して返付するものとする。

(1) 事業対象者である旨

(2) 基本チェックリスト実施日(事業対象者判定を実施した日をいう。ただし、基本チェックリスト実施日が、要介護認定有効期間又は要支援認定有効期間(以下「認定有効期間」という。)内にある場合は、認定有効期間の満了日の翌日。以下同じ。)

(3) 第4条第1号に掲げる事業を利用できる期間(以下「事業対象者の判定の有効期間」という。)

(事業対象者に係る第1号事業の利用)

第9条 事業対象者は、基本チェックリスト実施日から第4条第1号に掲げる事業を利用することができる。

(事業対象者の判定の有効期間)

第10条 事業対象者の判定の有効期間は、基本チェックリスト実施日から24月間とする。ただし、基本チェックリスト実施日が月の初日でない場合にあっては、当該実施日の属する月の翌月の初日から起算するものとする。

2 前項の規定にかかわらず、第12条第1号又は第2号に該当したときは、該当した日の前日、第12条第3号に該当したときは、事業対象者判定の有効期間の最終日をもって有効期間を満了したものとする。

(事業対象者の判定の有効期間の更新)

第11条 事業対象者は、事業対象者の判定の有効期間が終了する日の60日前から当該事業対象者の判定の有効期間が終了する日までの間に、再度、事業対象者判定を受けることにより、当該事業対象者の判定の有効期間を更新することができる。

2 前項に規定する更新を行った場合の基本チェックリスト実施日は、当該事業対象者の判定の有効期間の満了日の翌日とし、更新後の事業対象者の判定の有効期間は、当該基

本チェックリスト実施日から24月間とする。

(事業対象者でなくなった場合の処理)

第12条 市長は、事業対象者が次の各号のいずれかに該当した場合には、当該事業対象者の被保険者証から第8条第2項及び第3項に掲げる事項を削除し、これを返付するものとする。

- (1) 要介護認定又は要支援認定を受けたとき。
- (2) 第1号事業を利用する必要がなくなった旨の申出があったとき。
- (3) 第11条に規定する事業対象者の判定の有効期間の更新時の事業対象者判定により、基本チェックリストの質問項目に対する回答の結果が別添1に掲げるいずれかの基準に該当せず、当該事業対象者の判定の有効期間が終了したとき。

(第1号事業支給費の額)

第13条 施行規則第140条の63の2第1項第1号イ及び同条第3号イの規定により新潟市が定める第1号事業支給費の額(以下「第1号事業支給費の額」という。)は、別表1に定める単位に1単位当たりの単価(厚生労働大臣が定める1単位の単価(平成27年厚生労働省告示第93号。))の規定により、10円に新潟市の地域区分における訪問介護又は通所介護の割合を乗じて得た額)を乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額)に100分の90を乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額)とする。なお、第1号事業支給費の額の算定に当たっては、別表1に定める他は、介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準(令和3年3月15日厚生労働省告示第72号)及び介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準の制定に伴う実施上の留意事項について(令和3年3月19日老認発0319第3号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知)による。

2 法第59条の2第1項本文に規定する政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等に支給する第1号事業支給費の額について、前項の規定を適用する場合においては、同項の規定中「100分の90」とあるのは「100分の80」とし、第2項本文に規定する政令で定めるところにより算定した所得の額が前項の政令で定める額を超える政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等に支給する第1号事業支給費の額について、前項の規定を適用する場合においては、同項の規定中「100分の90」とあるのは「100分の70」とする。

(第1号事業支給費の支給)

第14条 市長は、法第115条の45の3第1項から第7項までの規定により、前条に規定する第1号事業支給費(以下「第1号事業支給費」という。)を指定事業者に支払うことができる。

(第1号事業支給費に係る支給限度額)

第15条 居宅要支援被保険者が第1号事業を利用する場合の第1号事業支給費に係る支

給限度額は、要支援状態区分に応じ、法第55条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定めるところにより算定した額の100分の90に相当する額とする。ただし、居宅要支援被保険者が法第52条に規定する予防給付を利用している場合は、第1号事業及び予防給付の支給限度額を一体的に算定するものとする。

- 2 事業対象者が第1号事業を利用する場合の第1号事業支給費に係る支給限度額は、要支援認定により要支援1と認定された者に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額の100分の90に相当する額とする。
- 3 前項の規定にかかわらず、利用者の状態（退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられる場合等）により、市長が認めた場合は、事業対象者が第1号事業を利用する場合の第1号事業支給費に係る支給限度額は、要支援認定により要支援2と認定された者に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額の100分の90に相当する額とすることができる。
- 4 法第59条の2第1項本文に規定する政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等が第1号事業を利用する場合の第1号事業支給費に係る支給限度額について、前3項の規定中「100分の90」とあるのは「100分の80」とし、第2項本文に規定する政令で定めるところにより算定した所得の額が前項の政令で定める額を超える政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等が第1号事業を利用する場合の第1号事業支給費に係る支給限度額について、前3項の規定中「100分の90」とあるのは「100分の70」とする。
- 5 第1号事業支給費に係る支給限度額の算入対象となる事業は、第4条第1号ア（ア）及び（イ）並びにイ（ア）及び（イ）に掲げる事業とする。

（高額介護予防サービス費相当の支給）

第16条 市長は、居宅要支援被保険者等の第1号事業の利用に係る利用者負担額が著しく高額であるときは、当該居宅要支援被保険者等に対し、法第61条に規定する高額介護予防サービス費に相当する費用を支給することができる。

- 2 前項の規定による費用の支給に当たっては、法第61条の規定を準用する。
- 3 第1項の規定による費用の支給の申請は、高額介護予防サービス費相当事業支給申請書（第2号様式）又は高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（総合事業）（第3号様式）によるものとする。
- 4 前項の申請に対する支給又は不支給の決定は、高額介護予防サービス費相当事業支給（不支給）決定通知書（第4号様式）、高額介護予防サービス費相当事業（年間上限）支給（不支給）決定通知書（第5号様式）によるものとする。
- 5 第1項の規定による費用の支給に係る基準収入額の適用申請は、高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）基準収入額適用申請書（第6号様式）によるものとする。
- 6 前項の申請に対する決定の通知は、新潟市介護保険高額介護予防サービス費相当事業（年間上限）自己負担額証明書（第7号様式）により行うものとする。

(高額医療合算介護予防サービス費相当の支給)

第17条 市長は、居宅要支援被保険者等の第1号事業の利用に係る利用者負担額その他の医療保険各法に係る利用者負担額等の合計額が著しく高額であるときは、当該居宅要支援被保険者等に対し、法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費に相当する費用を支給することができる。

2 前項の規定による費用の支給に当たっては、法第61条の2の規定を準用する。

3 高額医療合算介護予防サービス費相当事業の支給額は、法第51条の2に規定する高額医療合算介護サービス費、法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費及び医療保険者が支給する高額介護合算療養費(以下「高額医療合算介護サービス費等」という。)の世帯合算額を、本要綱第4条に規定する介護予防訪問介護相当サービス、共生型介護予防訪問サービス、訪問型基準緩和サービス、介護予防通所介護相当サービス、共生型介護予防通所サービス及び通所型基準緩和サービスの利用を法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスの利用とみなして得られる高額医療合算介護サービス費等の世帯合算額から減じて得た額とする。

4 高額医療合算介護予防サービス費相当事業の支給を受けようとするときは、新潟市介護保険施行細則(平成12年3月31日規則第44号。)第27条に準じて、市長に申請しなければならない。ただし、高額医療合算介護サービス費等に係る支給申請があった場合で、かつ、高額医療合算介護予防サービス費相当事業の支給がある場合には、併せて当該事業費に係る支給申請があったものとみなすことができる。

5 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、自己負担額の証明については新潟市介護保険(総合事業)自己負担額証明書(第8号様式)により、支給の可否については高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給(不支給)決定通知書(第9号様式)により当該申請をした者に通知する。ただし、当該申請をした者が新潟県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療又は新潟市国民健康保険の被保険者である場合は、当該証明書の交付を省略することができる。

(第1号事業支給費の額の特例)

第18条 市長が、災害その他特別な事情があることにより第1号事業に必要な費用を負担することが困難であると認めた居宅要支援被保険者等が申請した場合は、第1号事業支給費の額の特例を決定することができる。

2 法第60条の規定により介護予防サービス費等の額の特例を受けている居宅要支援被保険者は、第1号事業支給費の額の特例を決定されたものとみなす。

(指定事業者による第1号事業の実施)

第19条 指定事業者は、市長が別に定める基準に従い事業を行わなければならない。

(指定事業者の指定の申請)

第20条 指定事業者の指定を受けようとする者は、法第115条の45の5の規定に基づき、市長に申請しなければならない。

- 2 指定事業者の指定を受けようとする者は、別表2中第1号による様式及び書類を市長に提出するものとする。
- 3 市長は、第1項の指定の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当する場合は、指定してはならない。
  - (1) 申請者が、前条に規定する基準に従って適正な第1号事業の運営をすることができないと認められるとき。
  - (2) 法第115条の2第2項第4号から第5号の3までの規定に該当する者
  - (3) 申請者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者（当該取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に役員等であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）であるとき。
  - (4) 申請者と密接な関係を有する者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。
  - (5) 申請者が、法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第23条第2項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
  - (6) 申請者が、法第115条の45の7第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として市長が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第23条第2項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
  - (7) 第5号に規定する期間内に第23条第2項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
  - (8) 申請者が、指定の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
  - (9) 申請者が、法人で、その役員等のうちに第2号、第3号又は第5号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(指定事業者の指定の更新)

第21条 指定事業者の指定の更新を受けようとする者は、法第115条の45の6の規定に基づき、市長に申請しなければならない。

2 指定事業者の指定の更新を受けようとする者は、別表2中第2号による様式及び書類を市長に提出するものとする。

(指定の有効期間)

第22条 施行規則第140条の63の7の規定に基づき定める指定事業者の指定の有効期間は6年とし、指定事業者の指定は、6年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

(指定の変更の届出等)

第23条 指定事業者は、当該指定に係る事業所の名称及び所在地その他事項に変更があったとき、10日以内に、その旨を新潟市介護サービス事業者の指定等手続きに関する要綱(平成31年4月1日制定。以下「手続要綱」という。)別表中第4号による様式及び書類を市長に届け出なければならない。

2 指定事業者は、当該指定第1号事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の1月前までに、又は休止した当該指定第1号事業を再開したときは、10日以内に、その旨を手続要綱別表中第3号による様式及び書類を市長に届け出なければならない。

(事業者情報の提供)

第24条 市長は、第20条第1項の申請に係る指定を行ったとき、第21条の申請に係る指定の更新を行ったとき又は、第23条の規定による届出を受けたときは、指定事業者に関する情報のうち、次の各号に掲げる事項を都道府県、国民健康保険団体連合会(国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。)その他の機関に対して提供することができる。

- (1) 事業所の名称及び所在地並びにその管理者に関する情報
- (2) 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者に関する情報
- (3) 指定、更新、変更、廃止、休止又は再開の年月日
- (4) 事業開始年月日
- (5) サービスの種類
- (6) 介護保険事業所番号
- (7) その他市長が必要と認める事項

(公示)

第25条 市長は、第20条第1項の指定をしたとき、第23条第2項の事業の廃止の届出があったとき、又は法第115条の45の9の規定により指定を取り消し又は指定の全部若しくは一部の効力を停止した場合には、次に掲げる事項を公示するものとする。

- (1) 指定事業者の名称又は氏名
- (2) 事業所の名称及び所在地
- (3) 指定をし、廃止の届出を受理し、又は指定の取り消しをした場合にあっては、その年月日

(4) 指定の全部又は一部の効力を停止した場合にあっては、その内容及びその期間

(5) サービスの種類

(指導及び監査)

第26条 市長は、総合事業の適切かつ有効な実施のため、総合事業を実施する者に対して、指導及び監査を行うものとする。

(不正利得の徴収等)

第27条 市長は、偽りその他不正な行為により、利用者が第1号事業支給費の支給を受けたとき又は指定事業者が第1号事業支給費の支払いを受けたときは、当該支給費の額又は支払い額の全部又は一部の返還を求めることができる。

(委任)

第28条 この要綱に定めるもののほか、総合事業の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。ただし、この要綱の施行について必要な準備行為は、要綱の施行日前においても行うことができる。

(経過措置)

2 この要綱の施行の日において居宅要支援被保険者である者は、当該要支援認定有効期間満了日の翌日から第1号事業の利用対象者とする。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年1月1日から施行する。

別表1 (第13条関係)

| 事業構成                                |                     | 対象者                      | 単位数                         |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 介護予防<br>訪問介護<br>相当サ<br>ー<br>ビス      | イ 訪問型サービス費Ⅰ         | 要支援1・2<br>事業対象者          | 週1回程度<br>1,176単位(1月につき)     |
|                                     | ロ 訪問型サービス費Ⅱ         | 要支援1・2<br>事業対象者          | 週2回程度<br>2,349単位(1月につき)     |
|                                     | ハ 訪問型サービス費Ⅲ         | 要支援2<br>事業対象者            | 週2回を超える程度<br>3,727単位(1月につき) |
|                                     | ニ 訪問型サービス費Ⅳ         | 要支援1・2<br>事業対象者          | 週1回程度<br>268単位(1回につき)       |
|                                     | ホ 訪問型サービス費Ⅴ         | 要支援1・2<br>事業対象者          | 週2回程度<br>272単位(1回につき)       |
|                                     | ヘ 訪問型サービス費Ⅵ         | 要支援2<br>事業対象者            | 週2回を超える程度<br>287単位(1回につき)   |
|                                     | ト 初回加算              | 要支援1・2                   | 200単位(1月につき)                |
|                                     | チ 生活機能向上連携加算        | 事業対象者                    | 1月につき                       |
|                                     | (1)生活機能向上連携加算(Ⅰ)    |                          | 100単位(1月につき)                |
|                                     | (2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)    |                          | 200単位(1月につき)                |
|                                     | リ 介護職員処遇改善加算        |                          | 1月につき                       |
|                                     | (1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)    |                          | 所定単位数の137/1000加算            |
|                                     | (2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)    |                          | 所定単位数の100/1000加算            |
|                                     | (3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)    |                          | 所定単位数の55/1000加算             |
|                                     | ヌ 介護職員等特定処遇改善加算     |                          | 1月につき                       |
|                                     | (1)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) |                          | 所定単位数の63/1000加算             |
|                                     | (2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) |                          | 所定単位数の42/1000加算             |
| ル 介護職員等ベースアップ等支援加算                  |                     | 1月につき<br>所定単位数の24/1000加算 |                             |
| 注1 リについて、所定単位数はイからチまでにより算定した単位数の合計。 |                     |                          |                             |
| 注2 ヌについて、所定単位数はイからチまでにより算定した単位数の合計。 |                     |                          |                             |

|               |  |                 |   |
|---------------|--|-----------------|---|
|               | <p>注3 ルについて、所定単位数はイからチまでにより算定した単位数の合計。</p> <p>注4 令和3年9月30日までの間は、イからへまでについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。</p> |                 |   |
| 共生型介護予防訪問サービス | イ 訪問型サービス費Ⅰ  | 要支援1・2<br>事業対象者 | <p>週1回程度</p> <p>指定居宅介護事業所で障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等により行われる場合</p> <p>823 単位（1月につき）</p> <p>指定居宅介護事業所で重度訪問介護従業者養成研修修了者により行われる場合・指定重度訪問介護事業所が行う場合</p> <p>1,094 単位（1月につき）</p>       |
|               | ロ 訪問型サービス費Ⅱ  | 要支援1・2<br>事業対象者 | <p>週2回程度</p> <p>指定居宅介護事業所で障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等により行われる場合</p> <p>1,644 単位（1月につき）</p> <p>指定居宅介護事業所で重度訪問介護従業者養成研修修了者により行われる場合・指定重度訪問介護事業所が行う場合</p> <p>2,185 単位（1月につき）</p>     |
|               | ハ 訪問型サービス費Ⅲ  | 要支援2<br>事業対象者   | <p>週2回を超える程度</p> <p>指定居宅介護事業所で障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者等により行われる場合</p> <p>2,609 単位（1月につき）</p> <p>指定居宅介護事業所で重度訪問介護従業者養成研修修了者により行われる場合・指定重度訪問介護事業所が行う場合</p> <p>3,466 単位（1月につき）</p> |
|               | ニ 訪問型サービス費Ⅳ  | 要支援1・2<br>事業対象者 | <p>週1回程度</p> <p>指定居宅介護事業所で障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了</p>  |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | 者等により行われる場合<br>188 単位（1 回につき）<br>指定居宅介護事業所で重度訪問<br>介護従業者養成研修修了者によ<br>り行われる場合・指定重度訪問<br>介護事業所が行う場合<br>249 単位（1 回につき）  |
| ホ 訪問型サービス費 V  | 要支援 1・2<br>事業対象者                           | 週 2 回程度<br>指定居宅介護事業所で障害者居<br>宅介護従業者基礎研修課程修了<br>者等により行われる場合<br>190 単位（1 回につき）<br>指定居宅介護事業所で重度訪問<br>介護従業者養成研修修了者によ<br>り行われる場合・指定重度訪問<br>介護事業所が行う場合<br>253 単位（1 回につき）     |
| ヘ 訪問型サービス費 VI   | 要支援 2<br>事業対象者                             | 週 2 回を超える程度<br>指定居宅介護事業所で障害者居<br>宅介護従業者基礎研修課程修了<br>者等により行われる場合<br>201 単位（1 回につき）<br>指定居宅介護事業所で重度訪問<br>介護従業者養成研修修了者によ<br>り行われる場合・指定重度訪問<br>介護事業所が行う場合<br>267 単位（1 回につき） |
| ト 初回加算  | 対象者, 単位数については, 介護予防訪問介護相<br>当サービスのトからルのとおり |  |
| チ 生活機能向上連携加算  |  |  |
| リ 介護職員処遇改善加算  |  |  |
| ヌ 介護職員等特定処遇改善加算   |  |  |
| ル 介護職員等ベースアップ等支援<br>加算  |  |  |
| 注 1 リについて, 所定単位数はイからチまでにより算定した単位数の合計。<br>注 2 ヌについて, 所定単位数はイからチまでにより算定した単位数の合計。<br>注 3 ルについて, 所定単位数はイからチまでにより算定した単位数の合計。 |  |  |

|                      |  |                 |                             |
|----------------------|--|-----------------|-----------------------------|
|                      | 注4 令和3年9月30日までの間は、イからへまでについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。 |                 |                             |
| 訪問型基準緩和サービス          | イ 訪問型基準緩和サービス費Ⅰ  | 要支援1・2<br>事業対象者 | 週1回程度<br>978単位（1月につき）       |
|                      | ロ 訪問型基準緩和サービス費Ⅱ  | 要支援1・2<br>事業対象者 | 週2回程度<br>1,950単位（1月につき）     |
|                      | ハ 訪問型基準緩和サービス費Ⅲ  | 要支援2<br>事業対象者   | 週2回を超える程度<br>3,093単位（1月につき） |
|                      | ニ 訪問型基準緩和サービス費Ⅳ  | 要支援1・2<br>事業対象者 | 週1回程度<br>245単位（1回につき）       |
|                      | ホ 訪問型基準緩和サービス費Ⅴ  | 要支援1・2<br>事業対象者 | 週2回程度<br>244単位（1回につき）       |
|                      | ヘ 訪問型基準緩和サービス費Ⅵ  | 要支援2<br>事業対象者   | 週2回を超える程度<br>258単位（1回につき）   |
|                      | 注 令和3年9月30日までの間は、イからへまでについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。  |                 |                             |
| 介護予防通所介護相当サービス       | イ 通所型サービス費   | 要支援1<br>事業対象者   | 1,672単位（1月につき）              |
|                      |  | 要支援2<br>事業対象者   | 3,428単位（1月につき）              |
|                      |  | 要支援1<br>事業対象者   | 384単位（1回につき）                |
|                      |  | 要支援2<br>事業対象者   | 395単位（1回につき）                |
|                      | ロ 生活機能向上グループ活動加算                                       | 要支援1・2<br>事業対象者 | 100単位（1月につき）                |
|                      | ハ 運動器機能向上加算  |                 | 225単位（1月につき）                |
|                      | ニ 若年性認知症利用者受入加算  |                 | 240単位（1月につき）                |
|                      | ホ 栄養アセスメント加算   |                 | 50単位（1月につき）                 |
|                      | ヘ 栄養改善加算   |                 | 200単位（1月につき）                |
|                      | ト 口腔機能向上加算   |                 | 1月につき                       |
|                      | (1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）  |                 | 150単位（1月につき）                |
|                      | (2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）  |                 | 160単位（1月につき）                |
|                      | チ 選択的サービス複数実施加算  | 1月につき           | 1月につき                       |
| (1) 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ） | 480単位（1月につき）   |                 |                             |

|   |                         |                  |                   |
|---|-------------------------|------------------|-------------------|
|   | (2) 選択的サービス複数実施加算 (II)  |                  | 700 単位 (1月につき)    |
| リ | 事業所評価加算                 |                  | 120 単位 (1月につき)    |
| ヌ | サービス提供体制強化加算            |                  |                   |
|   | (1) サービス提供体制強化加算 (I)    | 要支援 1<br>事業対象者   | 88 単位 (1月につき)     |
|   |                         | 要支援 2<br>事業対象者   | 176 単位 (1月につき)    |
|   | (2) サービス提供体制強化加算 (II)   | 要支援 1<br>事業対象者   | 72 単位 (1月につき)     |
|   |                         | 要支援 2<br>事業対象者   | 144 単位 (1月につき)    |
|   | (3) サービス提供体制強化加算 (III)  | 要支援 1<br>事業対象者   | 24 単位 (1月につき)     |
|   |                         | 要支援 2<br>事業対象者   | 48 単位 (1月につき)     |
| ル | 生活機能向上連携加算              | 要支援 1・2<br>事業対象者 | 1月につき             |
|   | (1) 生活機能向上連携加算 (I)      |                  | 100 単位 (1月につき)    |
|   | (2) 生活機能向上連携加算 (II)     |                  | 200 単位 (1月につき)    |
| ヲ | 口腔・栄養スクリーニング加算          |                  | 1回につき             |
|   | (1) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I)  |                  | 20 単位 (1回につき)     |
|   | (2) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) |                  | 5 単位 (1回につき)      |
| ヰ | 科学的介護推進体制加算             |                  | 40 単位 (1月につき)     |
| カ | 介護職員処遇改善加算              |                  | 1月につき             |
|   | (1) 介護職員処遇改善加算 (I)      |                  | 所定単位数の 59/1000 加算 |
|   | (2) 介護職員処遇改善加算 (II)     |                  | 所定単位数の 43/1000 加算 |
|   | (3) 介護職員処遇改善加算 (III)    |                  | 所定単位数の 23/1000 加算 |

|   |                        |               |   |
|---|------------------------|---------------|---|
|   | ヨ 介護職員等特定処遇改善加算        |               | 1月につき   |
|   | (1) 介護職員等特定処遇改善加算 (I)  |               | 所定単位数の 12/1000 加算   |
|   | (2) 介護職員等特定処遇改善加算 (II) |               | 所定単位数の 10/1000 加算   |
|   | タ 介護職員等ベースアップ等支援加算     |               | 1月につき<br>所定単位数の 11/1000 加算  |
| <p>注1 イについて、介護予防通所介護相当サービス事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該介護予防通所介護相当サービス事業所に通う者に対し、サービス提供を行う場合は、次に掲げる区分に応じ、1月につき又は1回につき次の単位を所定単位数から減算する。(介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準(令和3年3月15日厚生労働省告示第72号)の別表単位数表の通所型サービス費のイの注5については適用しない)ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。</p> <p>イにおける1月につきの単位数で算定する場合<br/> 要支援1・事業対象者 376単位減算(1月につき)<br/> 要支援2・事業対象者 752単位減算(1月につき)</p> <p>イにおける1回につきの単位数で算定する場合<br/> 要支援1・事業対象者 85単位減算(1回につき)<br/> 要支援2・事業対象者 85単位減算(1回につき)</p> <p>注2 カについて、所定単位数はイからワまでにより算定した単位数の合計。<br/> 注3 ヨについて、所定単位数はイからワまでにより算定した単位数の合計。<br/> 注4 タについて、所定単位数はイからワまでにより算定した単位数の合計。<br/> 注5 令和3年9月30日までの間は、イについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。</p> |                        |               |   |
| 共生型介護予防通所サービス   | イ 通所型サービス費             | 要支援1<br>事業対象者 | 指定生活介護事業所が行う場合<br>1,555単位(1月につき)<br>指定自立訓練事業所が行う場合<br>1,588単位(1月につき)<br>指定児童発達支援事業所が行う場合・指定放課後等デイサー |

|  |                  |  |  |
|--|------------------|--|--|
|  |                  |  | ビス事業所が行う場合<br>1,505 単位（1月につき）  |
|  |                  | 要支援2<br>事業対象者                          | 指定生活介護事業所が行う場合<br>3,188 単位（1月につき）<br>指定自立訓練事業所が行う場合<br>3,257 単位（1月につき）<br>指定児童発達支援事業所が行う場合・指定放課後等デイサービス事業所が行う場合<br>3,085 単位（1月につき） |
|  |                  | 要支援1<br>事業対象者                          | 指定生活介護事業所が行う場合<br>357 単位（1回につき）<br>指定自立訓練事業所が行う場合<br>365 単位（1回につき）<br>指定児童発達支援事業所が行う場合・指定放課後等デイサービス事業所が行う場合<br>346 単位（1回につき）       |
|  |                  | 要支援2<br>事業対象者                          | 指定生活介護事業所が行う場合<br>367 単位（1回につき）<br>指定自立訓練事業所が行う場合<br>375 単位（1回につき）<br>指定児童発達支援事業所が行う場合・指定放課後等デイサービス事業所が行う場合<br>356 単位（1回につき）       |
|  | ロ 生活機能向上グループ活動加算 | 対象者, 単位数については, 介護予防通所介護相当サービスのロからタのとおり |  |
|  | ハ 運動器機能向上加算      |  |  |
|  | ニ 若年性認知症利用者受入加算  |  |  |
|  | ホ 栄養アセスメント加算     |  |  |

|             |   |               |                 |
|-------------|---|---------------|-----------------|
|             | へ 栄養改善加算<br>ト 口腔機能向上加算<br>チ 選択的サービス複数実施加算<br>リ 事業所評価加算<br>ス サービス提供体制強化加算<br>ル 生活機能向上連携加算<br>フ 口腔・栄養スクリーニング加算<br>ワ 科学的介護推進体制加算<br>カ 介護職員処遇改善加算<br>ヨ 介護職員等特定処遇改善加算<br>タ 介護職員等ベースアップ等支援加算  |               |                 |
|             | 注1 イについて、介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和3年3月15日厚生労働省告示第72号）の別表単位数表の通所型サービス費のイの注5については適用しない。<br>注2 カについて、所定単位数はイからワまでにより算定した単位数の合計。<br>注3 ヨについて、所定単位数はイからワまでにより算定した単位数の合計。<br>注4 タについて、所定単位数はイからワまでにより算定した単位数の合計。<br>注5 令和3年9月30日までの間は、イについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。 |               |                 |
| 通所型基準緩和サービス | イ 通所型基準緩和サービス費  | 要支援1<br>事業対象者 | 1,349 単位（1月につき） |
|             |   | 要支援2<br>事業対象者 | 2,768 単位（1月につき） |
|             |   | 要支援1<br>事業対象者 | 337 単位（1回につき）   |
|             |   | 要支援2<br>事業対象者 | 346 単位（1回につき）   |
|             | 注 令和3年9月30日までの間は、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。  |               |                 |

第1号様式（第6条関係）

新潟市 介護予防・日常生活支援総合事業 基本チェックリスト

1001

|        |   |      |               |
|--------|---|------|---------------|
| 被保険者番号 |   | 実施日  | 年 月 日         |
| フリガナ   |   | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 氏名     |   | 性別   | 男・女           |
| 住所     | 〒 | 電話番号 |               |

| No. | 質問項目  | 回答：いずれかにレをお付けください              |                                 |
|-----|---|--------------------------------|---------------------------------|
| 1   | バスや電車で1人で外出していますか<br>(1人で自家用車を運転して外出する場合も「はい」となります)   | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 2   | 日用品の買い物をしていますか  | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 3   | 預貯金の出し入れをしていますか   | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 4   | 友人の家を訪ねていますか  | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 5   | 家族や友人の相談にのっていますか<br>(電話で相談に応じている場合も「はい」となります)   | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 6   | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか   | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 7   | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか  | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 8   | 15分位続けて歩いていますか(屋内、屋外などの場所は問いません)  | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 9   | この1年間に転んだことがありますか   | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 10  | 転倒に対する不安は大きいですか   | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 11  | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか  | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 12  | 身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg |                                |                                 |
| 13  | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか   | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 14  | お茶や汁物等でむせることがありますか  | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 15  | 口の渇きが気になりますか  | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 16  | 週に1回以上は外出していますか(過去1ヶ月の状態の平均)  | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 17  | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか   | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 18  | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか  | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 19  | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか   | <input type="checkbox"/> 0. はい | <input type="checkbox"/> 1. いいえ |
| 20  | 今日が何月何日かわからない時がありますか<br>(月と日がどちらかしか分からない場合には「はい」となります)  | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 21  | _(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない   | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 22  | _(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった   | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 23  | _(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる  | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 24  | _(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない  | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |
| 25  | _(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする   | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 0. いいえ |

・基本チェックリストの判定・介護予防ケアマネジメントを実施するために、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者が被保険者台帳・受給者台帳を閲覧することに同意します。  
 ・基本チェックリストの結果を地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・その他事業の実施に必要な範囲で関係する者へ情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名(自署) \_\_\_\_\_

別添1（第6条関係）

事業対象者に該当する基準

|  |          |
|--|----------|
| ①第1号様式の質問項目 No.1～20 までの<br>20項目のうち10項目以上に該当    | 複数の項目に支障 |
| ②第1号様式の質問項目 No.6～10 までの<br>5項目のうち3項目以上に該当      | 運動機能の低下  |
| ③第1号様式の質問項目 No.11～12 までの<br>2項目全てに該当           | 低栄養状態    |
| ④第1号様式の質問項目 No.13～15 までの<br>3項目のうち2項目以上に該当     | 口腔機能の低下  |
| ⑤第1号様式の質問項目 No.16 に該当                          | 閉じこもり    |
| ⑥第1号様式の質問項目 No.18～20 までの<br>3項目のうちいずれか1項目以上に該当 | 認知機能の低下  |
| ⑦第1号様式の質問項目 No.21～25 までの<br>5項目のうち2項目以上に該当     | うつ病の可能性  |

（注）

- 1 この表における該当（No.12を除く。）とは、第1号様式の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。
- 2 この表における該当（No.12に限る。）とは、 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$  が18.5未満の場合をいう。

第2号様式（第16条関係）

高額介護予防サービス費相当事業支給申請書

（あて先）新潟市長  
 （ 年 月分）  
 年 月 日  
 下記のとおり、高額介護予防サービス費相当事業の支給を申請します。

|                  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏名     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住所     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人又は申請代理人氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請代理人住所     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注 給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス費相当事業の支給ができない場合があります。

同一世帯で介護保険のサービスを利用されている方をお書きください。

| 氏名    | 生年月日  | 性別 | 被保険者番号 |
|-------|-------|----|--------|
| 明・大・昭 | 年 月 日 |    |        |
| 明・大・昭 | 年 月 日 |    |        |
| 明・大・昭 | 年 月 日 |    |        |

高額介護予防サービス費相当事業を下記の口座に振り込んでください。

※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず委任状を記入してください。  
 高額介護予防サービス費相当事業の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

|             |                       |                 |                           |      |  |  |
|-------------|-----------------------|-----------------|---------------------------|------|--|--|
| 委任状         | 受任者<br>(口座名義人)        | 住所<br>_____     |                           |      |  |  |
|             |                       | 氏名<br>_____     |                           |      |  |  |
|             |                       | 委任者(本人)         |                           |      |  |  |
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>出張所 | 種目                        | 口座番号 |  |  |
|             | 金融機関コード               | 店舗コード           | 1 普通預金<br>2 当座預金<br>3 その他 |      |  |  |
|             | フリガナ                  |                 |                           |      |  |  |
|             | 口座名義人                 |                 |                           |      |  |  |

市記入欄

| 区分           | 世帯<br>コード | 給付制限<br>状況  | 備 考 |
|--------------|-----------|-------------|-----|
| 1 単独<br>2 合算 |           | 有・無<br>給付割合 |     |

( )

第3号様式（第16条関係）

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給申請書  
兼自己負担額証明書交付申請書（総合事業）

年 月 日

（あて先）新潟市長

下記のとおり、高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。

|                  |        |        |  |
|------------------|--------|--------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 | 個人番号   |  |
|                  | フリガナ   | 生年月日   |  |
|                  | 氏名     | 性別     |  |
|                  | 計算期間   | ～      |  |
|                  | 住 所    | 〒 電話番号 |  |

|             |        |
|-------------|--------|
| フリガナ        | 本人との関係 |
| 本人又は申請代理人氏名 |        |
| 申請代理人住 所    | 〒 電話番号 |

注 給付制限を受けている方については、高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）の支給ができない場合があります。

同一世帯で介護保険のサービスを利用されている方をお尋ねください。

| 氏 名 | 生 年 月 日     | 性 別 | 被保険者番号 |
|-----|-------------|-----|--------|
|     | 明・大・昭 年 月 日 |     |        |
|     | 明・大・昭 年 月 日 |     |        |
|     | 明・大・昭 年 月 日 |     |        |

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）に該当する場合は下記の口座に振り込んでください。

※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず委任状を記入してください。

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

|             |                       |                  |                           |      |  |
|-------------|-----------------------|------------------|---------------------------|------|--|
| 委任状         | 受任者<br>（口座名義人）        | 住所<br>_____      |                           |      |  |
|             |                       | 氏名<br>_____      |                           |      |  |
|             |                       | 委任者（本人）<br>_____ |                           |      |  |
|             |                       |                  |                           |      |  |
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>出張所  | 種 目                       | 口座番号 |  |
|             | 金融機関コード               | 店舗コード            | 1 普通預金<br>2 当座預金<br>3 その他 |      |  |
|             | フリガナ                  |                  |                           |      |  |
|             | 口座名義人                 |                  |                           |      |  |

市記入欄

| 区分           | 世帯<br>コード | 給付制限<br>状 況 | 備 考 |
|--------------|-----------|-------------|-----|
| 1 単独<br>2 合算 |           | 有・無<br>給付割合 |     |

第4号様式（第16条関係）

新地包ケ第 年 月 日

新潟市長

高額介護予防サービス費相当事業 支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました事業費について、下記のとおり決定しましたので通知します。

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受付年月日    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 決定年月日  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス提供年月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人支払額  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付の種類    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給額    | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 不支給の理由   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

支給方法

|     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 金融機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 本支店名  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 預金種目  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

・問い合わせ先

・不服の申立及び処分取消しの訴え 新潟市長  
この決定に不服がある場合には、この通知日を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟市に対して審査請求をすることができます。

新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
電話番号 025-226-1281

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- （2） 処分、処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第5号様式（第16条関係）

新地包ケ第 年 月 日

新潟市長

高額介護予防サービス費相当事業（年間上限）支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました事業費について、下記のとおり決定しましたので通知します。

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 受付年月日  |  | 決定年月日  |  |
| 対象年度   |  | 本人支払額  |  |
| 支給     |  | 支給額    |  |
| 不支給の理由 |  |        |  |
|        |  |        |  |

|      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 支給方法 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先  | 金融機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 本支店名  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 預金種目  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 口座番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 振込予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

・問い合わせ先

・不服の中立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟市長に対して審査請求をすることができます。

新潟市中央区学校町通1番町602番地1

電話番号 025-226-1281

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- （2） 処分、処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第6号様式（第16条関係）

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）基準収入額適用申請書

（申請先）

年 月 日

長

次のとおり関係書類を添えて、高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）の負担段階判定に係る収入額を申請します。

|        |     |        |  |
|--------|-----|--------|--|
| 世帯コード  |     |        |  |
| フリガナ   |     | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |     | 個人番号   |  |
| 生年月日   |     | 性別     |  |
| フリガナ   |     | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |     | 個人番号   |  |
| 生年月日   |     | 性別     |  |
| フリガナ   |     | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |     | 個人番号   |  |
| 生年月日   |     | 性別     |  |
| 住 所    | 連絡先 |        |  |

|                       |                     |   |   |   |
|-----------------------|---------------------|---|---|---|
| 氏 名                   |                     |   |   |   |
| 平成<br>二九年<br>中の<br>収入 | 公的年金                | 円 | 円 | 円 |
|                       | 給与<br>(パート収入を含む)    | 円 | 円 | 円 |
|                       | ( )<br>(年金・給与以外の収入) | 円 | 円 | 円 |
|                       | 合計                  | 円 | 円 | 円 |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|       |  |        |                   |
|-------|--|--------|-------------------|
| 申請者氏名 |  | 連絡先    | ( 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ) |
| 申請者住所 |  | 本人との関係 |                   |

申請書記人の注意事項

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人（40歳以上65歳未満の方は除く。）及び同じ世帯におられる55歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。





第9号様式（第17条関係）

新地型ケ第 年 月 日

新潟市長

高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額医療合算介護予防サービス費相当事業の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
|--------|--|--------|--|

|                   |   |       |   |
|-------------------|---|-------|---|
| 計算対象期間            |   |       |   |
| 申請年月日             |   | 決定年月日 |   |
| 計算対象期間中の自己負担額の合計額 | 円 | 支給額   | 円 |
| 給付の種類             |   |       |   |
| 支給                |   |       |   |
| 不支給の理由            |   |       |   |
| 備考                |   |       |   |

支給方法

|     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 金庫機内名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 本店名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 預金種目  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 振込予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

問い合わせ先

電話番号

不服の申立及び処分取消しの訴え  
この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟市長に対して審査請求をすることができます。

新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
電話番号 023-226-1281

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- （2） 処分、処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別表2

| 別表2                               |        | 提出書類  |
|-----------------------------------|--------|---|
| サービスの種類                           | 提出様式   | 提出書類  |
| 各サービス共通                           |        | 1 手数料領収証書等の写し<br>2 申請者の法人登記事項証明書又は条例等<br>3 事業所又は施設の位置図<br>4 事業所又は施設の平面図<br>5 運営規程<br>6 利用者又は入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要<br>7 従業者の資格を証する書類<br>8 事業所又は施設の（建物）登記事項証明書等<br>9 誓約書<br>10 サービス利用に係る契約書<br>11 重要事項説明書<br>12 個人情報の使用に関する同意書<br>13 掲示物 |
| 第1号<br>介護予防訪問介護相当サービス・訪問型基準緩和サービス | 様式第10号 | 14 申請する事業等に係る記載事項<br>15 体制等届出書<br>16 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表<br>17 従業者の身分証明書の様式<br>18 サービス提供責任者の経歴書<br>19 予防衣の衛生状況<br>20 サービス提供に関する諸様式<br>21 広告やパンフレット  |
| 介護予防通所介護相当サービス・通所型基準緩和サービス        |        | 14 申請する事業等に係る記載事項<br>15 事業所の求積図<br>16 事業所の設備等に係る項目一覧表<br>17 消防用設備等検査済証の写し<br>18 建築確認申請書・検査済証の写し<br>19 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表<br>20 体制等届出書<br>21 事業所の敷地（土地）の登記事項証明書及び公図<br>22 サービス提供に関する諸様式   |
| 各サービス共通                           |        | 1 手数料領収証書等の写し<br>2 従業者の資格を証する書類<br>3 誓約書<br>4 利用者又は入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（変更が有の場合）<br>5 事業所の（建物）登記事項証明書等（変更が有の場合）<br>6 更新申請に係る添付書類等確認表  |
| 第2号<br>介護予防訪問介護相当サービス・訪問型基準緩和サービス | 様式第11号 | 7 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表<br>8 体制等届出書   |
| 介護予防通所介護相当サービス・通所型基準緩和サービス        |        | 7 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表<br>8 体制等届出書<br>9 事業所の敷地（土地）の登記事項証明書及び公図（変更が有の場合）  |

第10号様式

第10号様式

|       |         |
|-------|---------|
| 提出担当者 | 連絡先 TEL |
|       | FAX     |
| 氏名    |         |

新潟市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者 指定申請書

(あて先) 新潟市長 年 月 日

所在地：  
申請者 名称：  
代表者職・氏名：

介護保険法に規定する第1号事業者に係る指定を新潟市から受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

|                         |                   |                |             |                |                    |               |
|-------------------------|-------------------|----------------|-------------|----------------|--------------------|---------------|
| 申請者                     | (フリガナ) 名称         |                |             |                |                    |               |
|                         | (フリガナ) 主たる事務所の所在地 | (郵便番号) _____ ) |             |                |                    |               |
|                         | 連絡先               | 電話番号           | 都 道 府 県     | 市 郡 区          | FAX番号              |               |
|                         | 法人の種類別            |                |             |                | 法人所轄庁              |               |
|                         | 代表者の職・氏名          | 職名             |             |                | 氏名                 | 生年月日          |
|                         | (フリガナ) 代表者の住所     | (郵便番号) _____ ) |             |                |                    |               |
|                         | (フリガナ) 事業所の名称     |                |             |                |                    |               |
|                         | (フリガナ) 事業所の所在地    | (郵便番号) _____ ) |             |                |                    |               |
|                         | 連絡先               | 電話番号           | 都 道 府 県     | 市 郡 区          | FAX番号              |               |
|                         | 指定を受けようとする事業所     | サービス種類         | 申請事業 (○※記入) | 申請する事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 申請する事業に係る記載事項 |
| 介護予防・日常生活総合支援事業第1号事業    | 介護予防訪問介護相当サービス    |                |             |                | 別紙1                |               |
|                         | 訪問型基準緩和サービス       |                |             |                | 別紙2                |               |
|                         | 介護予防通所介護相当サービス    |                |             |                | 別紙3                |               |
|                         | 通所型基準緩和サービス       |                |             |                | 別紙4                |               |
| 居宅サービス地域密着型サービス         | 訪問介護              |                |             |                | /                  |               |
|                         | 通所介護              |                |             |                | /                  |               |
|                         | 地域密着型通所介護         |                |             |                | /                  |               |
| 介護保険事業所番号               |                   | 指定を受けている市町村名   |             |                |                    |               |
| 添付書類：別途申請提出書類一覧に掲げるとおり。 |                   |                |             |                |                    |               |

「申請する事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。  
「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、同一敷地内において、既に指定を受けている他のサービス事業がある場合に、当該サービス種類欄に指定された年月日を記載してください。

第 1 1 号様式

第 11 号様式

|       |         |
|-------|---------|
| 提出担当者 | 連絡先 TEL |
|       | FAX     |
| 氏 名   |         |

新潟市介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号事業者 指定更新申請書

(あて先) 新潟市長

年 月 日

所在地:  
申請者 名称:  
代表者職・氏名:

介護保険法に規定する第 1 号事業者に係る指定更新を新潟市から受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

|                 |                          |                              |                       |                       |                   |
|-----------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| 甲               | (フリガナ)<br>名 称            |                              |                       |                       |                   |
|                 | (フリガナ)<br>主たる事務所の<br>所在地 | (郵便番号<br>— )                 | 都 道<br>府 県            | 市 郡<br>区              |                   |
|                 | 連絡先                      | 電話番号                         |                       | FAX番号                 |                   |
|                 | 法人の種別                    |                              |                       | 法人所轄庁                 |                   |
|                 | 代表者の職・氏名                 | 職名                           |                       |                       | (フリガナ)<br>生 年 月 日 |
|                 |                          |                              |                       |                       | 氏名                |
|                 | (フリガナ)<br>代表者の住所         | (郵便番号<br>— )                 | 都 道<br>府 県            | 市 郡<br>区              |                   |
|                 | (フリガナ)<br>事業所の名称         |                              |                       |                       |                   |
|                 | (フリガナ)<br>事業所の所在地        | (郵便番号<br>— )<br>ニイガタケン ニイガタシ | 新潟県                   | 新潟市                   | 区                 |
|                 | 連絡先                      | 電話番号                         |                       | FAX番号                 |                   |
| Eメールアドレス        |                          |                              |                       |                       |                   |
| 指定年月日           |                          |                              |                       |                       |                   |
| 介護保険事業所番号       |                          |                              |                       |                       |                   |
| 指定更新を受けようとする事業所 | サービス種類                   | 申請事業<br>(○を記入)               | 現に受けている指定の<br>有効期間満了日 | 申請する事業に係る<br>添付書類等確認表 |                   |
|                 | 介護予防訪問介護相当サービス           |                              |                       | 別紙1                   |                   |
|                 | 訪問型基準緩和サービス              |                              |                       | 別紙2                   |                   |
|                 | 介護予防通所介護相当サービス           |                              |                       | 別紙3                   |                   |
|                 | 通所型基準緩和サービス              |                              |                       | 別紙4                   |                   |
| 同一所在地で行う事業      | 訪問介護                     |                              |                       |                       |                   |
|                 | 通所介護                     |                              |                       |                       |                   |
|                 | 地域密着型通所介護                |                              |                       |                       |                   |

添付書類:別添添付書類等確認表に掲げるとおり。