

特定入所者介護（予防）サービス費の差額支給 申請方法

○ 申請の要件（サービス利用月時点の状況で判断してください）

- 神戸市の介護保険の被保険者証をもっている ※1
- 要介護または要支援認定を受けている ※2
- 利用した介護保険施設が、以下のいずれかである ※3
 - 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
 - 地域密着型介護老人福祉施設（小規模特養）
 - 介護老人保健施設（老人保健施設）
 - 介護療養型医療施設（療養病床）
 - 介護医療院
- 利用した食費・居住費の日額が国の定める基準費用額【p.3記載】以下である ※4※5
- 利用月に負担限度額認定の要件を満たしている【p.4記載】
- 領収書の日付から2年を経過していない

注釈

※1 介護保険被保険者証を紛失している場合は再発行できます

※2 事業対象者は要件に該当しません

※3 対象外のサービス

自費利用（医療入院中の外泊時利用含む）、グループホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、サービス向け高齢者向け住宅、（看護）小規模多機能型居宅介護、お泊りデイ、その他特定入所者介護（予防）サービス費が請求できない施設・サービス

※4 食費または居住費（居室代）のいずれか一方のみの申請はできません
食費を払っていない場合は、食費の費用額を0円で申請してください

※5 基準費用額以下かどうかを判断できない場合は、利用された介護保険施設にご確認ください

○ 提出書類

- 申請書
 - 利用月の介護保険施設からの領収書
 - 食事の提供に要する費用の明細票 ※2
 - 居住等に要する費用の明細票 ※3
 - (負担限度額認定の申請をしていない場合) 負担限度額認定申請書
 - (本人以外が申請する場合) 委任状、確約書等 ※4
- ※1 } 必須

○ 提出先

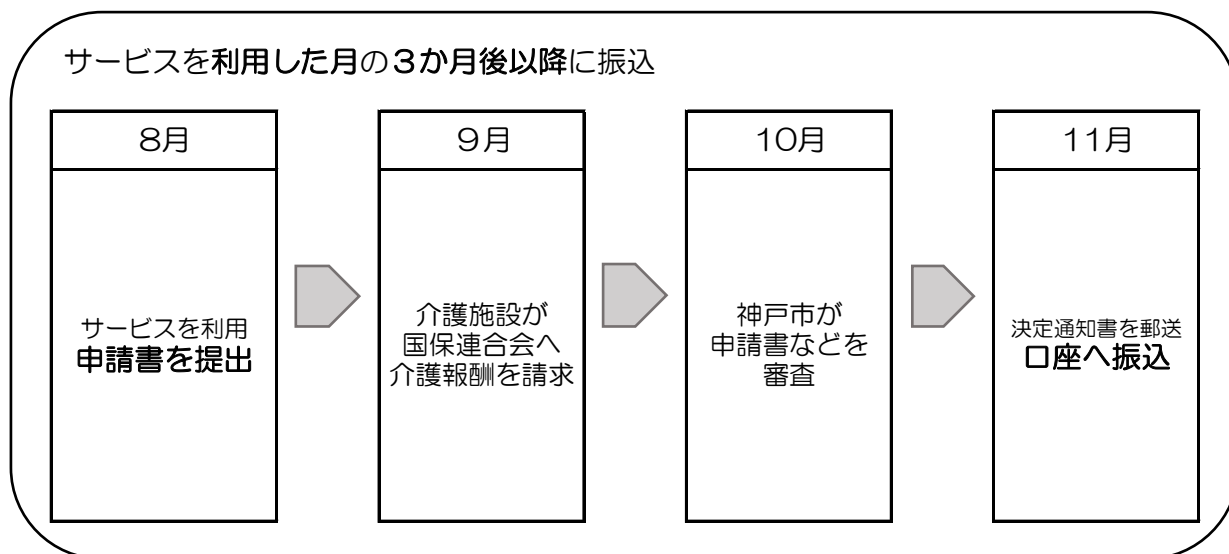
住民票のある区の区役所・支所に郵送または窓口で提出してください ※5

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、「郵送」での提出にご協力をお願いします。

注釈

1. 領収書の原本をご用意ください。受付後、原本をお返しいたします。
施設から事後清算があった場合は、当初の領収書と、精算額がわかる領収書の両方を提出してください。
精算により、領収書を差し替えている場合は、差し替えた後の領収書を提出してください。
2. ご利用日全ての日額が同じである場合、提出不要です。
異なる金額の日が1日でもある場合は明細表の提出が必要です。
3. ご利用日全ての日額が同じである場合は、提出不要です。
異なる金額の日が1日でもある場合は明細票の提出が必要です。
4. 必要書類については、お住まいの区役所・支所へお問い合わせください。
5. 北神区役所では窓口のみの受付となります。郵送での申請は北区役所へお送りください。

○ 申し込みの流れ



○ 国の定める基準費用額（日額）

| 居室の種類 | | 居住費 | 食費 |
|-------------|-----|--------|------------------------------|
| ユニット型個室 | | 2,006円 | 1,445円 (R3.7月利用分まで1,392円) |
| ユニット型個室的多床室 | | 1,668円 | |
| 従来型個室 | 特養 | 1,171円 | |
| | 老健等 | 1,668円 | |
| 多床室（相部屋） | 特養 | 855円 | |
| | 老健等 | 377円 | |

制度改正により変更となる場合があります。サービス利用当時の金額を参照してください。

注釈

- ・利用した施設からの介護報酬の請求が遅れると、以降の作業も遅れます。
施設の事情や介護認定の変更申請をされている場合などは請求が遅れる場合があります。
- ・申請内容が国保連合会へ請求した介護報酬の内容と合致していることを確認します。
(自費分は対象外)

○ その他注意事項

- ・この申請は、サービス利用開始までに負担限度額認定証の提示を介護保険施設に行えば不要であった申請です。
そのため、負担限度額認定申請負担限度額認定申請が未申請の場合は、必ず負担限度額認定申請のお手続きをおいただき、次に施設を利用する際、必ず負担限度額認定証を提示してください。
- ・申請後の振込時期について、サービス利用月から3か月以降にいただいた申請であれば、通常翌月にお振込み可能です。
- ・ショートステイ利用時、支給限度額超過等があり、1日の単位数が全て自費となる日がある場合、該当する日について特定入所者介護（予防）サービス費の支給はできません。（一部限度額内の日は日額支給ができます。）
- ・領収書から日額判断できない場合は、契約書類にてお確かめください。契約書類の内容に関するお問い合わせは、介護保険施設へお願いします。
- ・基準費用額超過の場合は、ご利用の介護保険施設へ申請に関してのご相談をお願いします。

○ 負担限度額認定の要件（サービス利用月時点の状況で判断してください）

| | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> 生活保護を受給している | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護を受給していない方は、下記の要件を満たしていること | |
| <input type="checkbox"/> 世帯全員（本人を含む）と配偶者が、市民税非課税であること | |
| <input type="checkbox"/> 本人の現金・預貯金・有価証券・債権等の資産の合計額が下記の額であること | |
| （配偶者がいる場合は、1,000万円加算） | |
| 令和3年7月31日以前 | 本人：1,000万円以下 |
| 令和3年8月1日以降 | 本人：下記のとおり |
| 本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円以下の方 | 650万円 |
| 本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、80万円超120万円以下の方 | 550万円 |
| 本人の年金収入額と、その他の合計所得金額の合計額が、120万円超の方 | 500万円 |
| 本人の年齢が40歳～64歳の方 | 1,000万円 |