

参 考 資 料

訪問介護（ホームヘルプサービス）
利用者負担減額措置について

グループホーム等の防火安全対策

訪問介護（ホームヘルプサービス）利用者負担額減額措置について
（障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援事業）

平成 18 年 3 月 31 日までに訪問介護利用者負担額減額措置制度の経過措置対象者（公費負担者番号が「57」ではじまる認定証をお持ちだった方）で有効期限が平成 19 年 6 月 30 日までの認定証をお持ちの方について、更新申請手続により審査を行い、平成 19 年度認定証の交付を行っています。（1割の自己負担についての一部公費負担制度）

平成 19 年 7 月 1 日から下記のとおり公費負担率が変更となりますので、（介護予防）訪問介護事業者におかれましては、利用者に対する利用料の請求及び兵庫県国民健康保険団体連合会に対して行う公費負担分請求に係る事務について、支障がないよう取り扱いいただきますようお願いいたします。

なお、介護報酬と併せて公費負担分（平成 19 年 7 月利用分より 4%）を請求するにあたり、公費負担割合を誤りますと兵庫県国民健康保険団体連合会において返戻扱いとなる場合がありますので、十分ご注意ください。

記

1. 変更内容

〔経過措置対象者【法 57】...平成 18 年度対象者〕

サービス期間	公費負担	利用者負担
平成 18 年 4 月から平成 19 年 6 月	7 %	3 %
平成 19 年 7 月から平成 20 年 6 月	4 %	6 %
平成 20 年 7 月から	0 %	10 % (通常に戻る)

この経過措置対象者に対する軽減措置は平成 20 年 6 月末をもって終了し、平成 20 年 7 月以降の利用者負担については通常の 10%に戻ります。

経過措置対象者は、別紙「更新のご案内」の 2 ページ目の申請書（記入例）中、「申請理由」及び「所得に関する状況」欄に該当する方のうち、17 年度からこの制度を適用されている方です。

2. 減額措置制度の対象となるサービス

訪問介護、介護予防訪問介護、夜間対応型訪問介護

3. 参考資料

更新手続に係る「更新のご案内」（申請勧奨対象者あてに送付済）

「認定証の送付案内」（更新申請後、認定された方に順次送付）

【問い合わせ先】神戸市保健福祉局介護保険課保険事業係 担当 衣笠 電話 078-322-6323

平成 19 年 度
新しい訪問介護利用者負担額減額認定証 (更新分) を
お送りします

平成 19 年 7 月から平成 20 年 6 月までの利用者負担割合が 6 % に
変わりますのでご注意ください。

現在、介護保険のホームヘルプサービスを利用されている方は、更新
した新しい減額認定証を担当ケアマネジャー（要支援 1、2 の方はあ
んしんすこやかセンター担当職員）とホームヘルプ事業者に必ず提示
して、利用者負担額減額の手続をしてください。
(手続を行わないと負担額減額とはなりませんのでご注意ください。)

古い認定証は、返却する必要はありません。(お手元で廃棄していただ
いて構いませんが、新しい認定証と間違わないように注意してくだ
さい。)

今回お送りした新しい認定証の有効期限は平成 20 年 6 月 30 日と
なっています。

なお、この訪問介護利用者負担額減額制度は平成 20 年 6 月 30 日を
もって終了します。平成 20 年 7 月以降の利用者負担額は 10 % に戻
ります。

【お問合せ先】

神戸市保健福祉局自立支援課 (078) 322 - 6352

神戸市保健福祉局介護保険課 (078) 322 - 6323

訪問介護（ホームヘルプサービス）利用者負担額減額 **更新** のご案内

現在お持ちの「訪問介護利用者負担額減額認定証」は平成19年6月30日で有効期限が満了となります。7月以降もご利用いただくためには、更新が必要です。この制度は、介護保険の訪問介護（ホームヘルプサービス）の利用者負担額が軽減されるものです。減額認定証の負担者番号が「57」から始まる方〔障害者ヘルプ利用者〕は、利用者負担額が平成19年7月より6%に変わります。なお、平成20年7月以降、利用者負担額は通常の10%に戻ります。

今回の更新は、生計中心者の平成18年分の所得税が非課税の方のみ対象となります。

該当される方は、裏面の記入例を参考に、申請書に必要事項を記入し、下記の書類のうちいずれか一つを添え、6月29日（金）までに区役所（支所）介護医療係へ郵送で申請してください。

◎ 所得税非課税がわかる書類（写しで可）を添えて申請してください。

●確定申告をしている場合	確定申告書本人控えの写し
確定申告書本人控えを紛失している場合	税務署発行の納税証明書 （「外源泉徴収税額」が記載されているもの）
●確定申告をしていない場合	給与収入のある場合 給与収入の源泉徴収票 ※源泉徴収税額…0円と記載されているもの
	年金収入のある場合 年金の源泉徴収票が、年金の支払（振込）通知書はがき ※所得税額…0円と記載されているもの
	障害・遺族年金等 非課税の年金収入の方 年金の支払（振込）通知書はがき ※所得税額…0円と記載されているもの

※ 国民年金・厚生年金の源泉徴収票・年金支払（振込）通知書の再発行はおすまいの社会保険事務所にお問い合わせください。共済年金・企業年金などの年金はそれぞれの年金の窓口にご相談ください。

- 生活保護受給の方は、所得税資料は不要です。
- 非課税を証明する書類がない場合は、まず申請書のみ提出してください。その後、必要に応じて書類の提出を連絡させていただきます。（通常より決定に時間がかかります。）

〈所得税非課税がわかる書類の見本〉

※右の例は、国民年金・厚生年金の場合の例です。

郵便はがき

年金振込通知書

あなたの年金は、平成 * * 年 * 月から平成 * * 年 * 月までの各偶数月に、次のとおり振込みの手続きを行うこととしましたのでお知らせします。

年金の種類 年金

年金番号の基礎年金番号・年金コード 銀行・金庫

振込先金融機関店名 支店

料金後納郵便

見本

金 額	円
介護保険料額	円
所 得 税 額	***** 0 円
差引支払額	円

社会保険庁
 (〒168-8505 東京都杉並区高井戸西3-5-24)
 「ねんきんダイヤル」電話 0570(07)1165
 官署支出官 社会保険庁総務部経理課

（裏面もお読みください。）

お問い合わせ先

神戸市役所 保健福祉局

自立支援課 電話 322-6352

介護保険課 電話 322-6323

訪問介護（ホームヘルプサービス）利用者負担額減額（更新・新規）申請書

減額認定証の 負担者番号	5	7	2	8	1	2	3	4	減額認定証の 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
介護保険 保険者番号	1	2	3	4	5	6	介護保険 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
フリガナ	コウベハナコ							生年月日	明・大・昭 10年10月10日								
被保険者氏名	神戸 花子 [㊦]																
住所	〒650-0001 神戸市中央区加納町6丁目5番1号							電話番号 (078) 331-8181 [㊧]									
申請理由	<p>1. 生年月日が昭和10年4月3日以降であり、64歳の間に、支援費制度の身体障害者・知的障害者居住生活支援費（ホームヘルプサービス〔身体介護・家事援助・日常生活支援〕）又は難病患者訪問介護（ホームヘルプサービス）を無料で利用している。</p> <p>2. 生年月日が昭和10年4月3日以降であり、40歳～64歳の介護保険第2号被保険者である間に、介護保健法第7条に規定する特定疾病により、要介護または要支援の設定を受けている。</p> <p>⇒生年月日が昭和10年4月2日以前であり、かつ、下記に該当する場合、</p> <p>4. 平成11年度中に、訪問介護（ホームヘルプサービス）を無料で利用している。また、64歳までに、身体障害者手帳の交付を受けている。</p> <p>5. 平成11年度中に、訪問介護（ホームヘルプサービス）を無料で利用している。また、64歳までに、療育手帳の交付を受けている。</p>																
所得に関する 状況	<p>6. 生計中心者の前年所得税が非課税である。 *生計中心者（同じ世帯で最も収入の多い方）が上記被保険者以外の方の場合は、その方の氏名と本人との関係をご記入下さい。 ⇒生計中心者氏名……【神戸太郎】、本人との関係……【世帯主】 ⇒生計中心者の前年所得税額を証する下記の書類を必ず添えてください。 *確定申告をされている方：確定申告書本人控えの写し、または「外源泉徴収税額」が記されている税務署発行の納税証明書 *確定申告をされていない方：「給与または年金の源泉徴収票」ないし「年金支払通知書」の写し</p> <p>7. 生活保護を受けている。（特に証明書類等は必要ありません。）</p>																
<p>神戸市長 あて</p> <p>上記のとおり訪問介護（ホームヘルプサービス）の利用者負担額の減額を申請します。</p> <p>なお、申請にかかる決定のために必要な場合、訪問介護（ホームヘルプサービス）利用情報、要介護または要支援認定情報、身体障害者手帳・療育手帳交付情報、市民税課税情報、生活保護受給情報について関係機関へ確認されることに同意します。</p> <p>平成〇〇年〇月〇日 本人氏名（自署） 神戸花子 [㊦]</p> <p>⇒本人氏名を代筆した場合 （代筆者氏名・本人との関係・住所、代筆理由） ……神戸太郎 世帯主 神戸市中央区加納町6丁目5番1号 （本人が記載できないため） [㊧]</p>																	

以下の項目をご記入ください。

- [㊦]被保険者氏名のフリガナ、○[㊧]電話番号、○[㊨]申請年月日、○[㊩]本人氏名（自署）
- 生計中心者の平成18年所得税が非課税であれば、○「6」が「7」で○で囲み、「6」の場合は、○生計中心者氏名 本人との関係を記入し、（本人であれば、空欄で可）、平成18年の所得税非課税を証する書類（確定申告書本人控えの写し、税務署発行の納税証明書、源泉徴収票、年金支払（振込）通知書はがきなどの写し）を添えてください。
- 本人氏名を代筆した場合は…
 ○[㊩]代筆者氏名・本人との関係・住所・代筆理由をご記入ください。

平成19年6月13日

消 防 庁

認知症高齢者グループホーム等の社会福祉施設における 防火安全対策のための消防法施行令等の一部改正

この度、認知症高齢者グループホームにおける火災事案を踏まえ、認知症高齢者グループホーム等の社会福祉施設における防火安全対策を強化するため、別紙1・別紙2のとおり消防法施行令及び消防法施行規則の一部改正を行うとともに、別紙3・別紙4のとおり各都道府県知事等あて通知することとしましたので、お知らせします。

(制度改正の概要については、別添資料も併せて御参照ください。)

改正の概要

1 防火管理者の選任

認知症高齢者グループホーム等の社会福祉施設（以下「施設」という。）について、防火管理者を選任し、消防計画の作成などの防火管理業務を行わせることが義務付けられる収容人員の要件を、10人以上とする（従来は30人以上）。

2 消防用設備等の設置

① 延べ面積 275 m²以上の施設について、スプリンクラー設備の設置を義務付ける（従来は延べ面積 1,000 m²以上）。

※ 一定の防火区画を有するもの等を除く。

※ 延べ面積 1,000 m²未満の施設に設置するスプリンクラー設備については、技術上の基準を緩和。

② すべての施設について、以下の設備の設置を義務付ける。

- ・ 自動火災報知設備（従来は延べ面積 300 m²以上）
- ・ 消防機関へ通報する火災報知設備（従来は延べ面積 500 m²以上）
- ・ 消火器（従来は延べ面積 150 m²以上）

3 施行期日等

平成21年4月1日

(既存施設について、消防用設備等の設置に関する猶予期間を設定)

【連絡先】消防庁予防課

長谷川課長補佐・宮路事務官

Tel 03-5253-7523 (直通)

Fax 03-5253-7533

Mail t2.miyaji@soumu.go.jp

認知症高齢者グループホーム等における防火安全対策の概要



火災発生後の外観

「やすらぎの里さくら館」(長崎県大村市)火災
...死者7名、負傷者3名

「認知症高齢者グループホーム等における
防火安全対策検討会」において検討

消防計画の作成、防火教育・訓練等を行う防火管理者の選任基準: 収容人員30人以上 ⇒ 10人以上に強化

簡易なスプリンクラー設備の設置基準: 延べ面積1,000㎡以上 ⇒ 275㎡以上に強化

特例あり

自動的に火災の発生を知らせる自動火災報知設備の設置基準:
延べ面積300㎡以上 ⇒ すべての施設を対象に

消防機関に火災の発生を通知する火災報知設備の設置基準:
延べ面積500㎡以上 ⇒ すべての施設を対象に

- ・入所者の避難時間を確保
- ・施設職員等が入所者の避難介助に専念する環境を整備



スプリンクラー設備の実験の様様