

西海市しまの介護サービス確保事業 実施要綱説明資料

○西海市しまの介護サービス確保事業補助金交付要綱

○概 要

○記入例

しまの介護サービス確保事業の拡充

○しまの介護サービス確保事業は、江島、平島及び松島の介護サービス基盤を補完するため、介護サービス提供事業者等に対し、渡航費用の助成及び介護サービスに要する費用の加算補助を行い、島民の介護サービス水準の向上を図ることを目的とする。

○第8期介護保険事業計画に基づいて、離島へ渡航してサービスを提供する事業のうち、離島内にサービス事業所が所在しない事業について、離島在住の被保険者が本土並みの介護サービス提供体制が図れるよう、渡航費助成の対象サービス事業の種類を拡充する。

	事業名	内容	対象サービス拡充前	対象サービス拡充後
①	居宅サービス等事業者渡航費支援事業	介護事業所が離島居住要介護被保険者に対し、渡航して介護サービスを提供した場合の渡航費用を支援	(第1号)訪問介護	(第1号)訪問介護
			(介護予防)訪問入浴介護	(介護予防)訪問入浴介護
				(介護予防)訪問看護
				(介護予防)訪問リハビリテーション
				居宅介護支援
				(介護予防)福祉用具貸与
				(介護予防)特定福祉用具販売
②	離島居住要介護被保険者及び送迎者渡航費支援事業	当該の事業所が離島居住要介護被保険者を送迎して介護サービスを提供し、当該被保険者の渡航費を負担した場合に、当該事業者又は、家族等の送迎者に渡航費用を支援	(介護予防)短期入所生活介護	(介護予防)短期入所生活介護
			(介護予防)短期入所療養介護	(介護予防)短期入所療養介護
				(介護予防)通所リハビリテーション
③	加算支援事業	介護事業所が離島居住要介護被保険者に対し、渡航して介護サービスを提供した場合、支給限度基準額の範囲内における所定単位数に地域区分ごとの1単位の単価を乗じて得た額の15パーセント相当額を支援	(第1号)訪問介護	(第1号)訪問介護
			(介護予防)訪問入浴介護	(介護予防)訪問入浴介護
			(介護予防)訪問看護	(介護予防)訪問看護
			(介護予防)訪問リハビリテーション	(介護予防)訪問リハビリテーション

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の対象としない事業所が提供した場合に限る。

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算とは、厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を超えて、サービス提供を行った場合に算定：単位数×5/100

西海市しまの介護サービス確保事業 補助金交付申請から請求までの流れ

【①居宅サービス等事業者渡航費を請求する場合】

支給申請書（様式第1号）
サービス提供者一覧表（様式第3号）
介護サービス利用日が分る書類
渡航費の領収書の写し



【②離島居住要介護被保険者及び送迎者渡航費を請求する場合】

支給申請書（様式第2号）
サービス提供者一覧表（様式第4号）
介護サービス利用日が分る書類
渡航費の領収書の写し



※事業者が申請する場合：被保険者の渡航費用を事業者が負担することを証する証明書(様式第5号)

【③加算を請求する場合】

支給申請書（様式第1号）
サービス提供者一覧表（様式第3号）
介護サービスの詳細が分る書類



④補助金決定通知書（様式第6号）

⑤補助金交付請求書



⑥補助金交付（口座振込）

⑥補助金交付（口座振込）

申
請
者

市役所（長寿介護課）

記入例

西海市しまの介護サービス確保事業
 （居宅サービス等事業者渡航費・加算）助成金支給申請書

年 月 日

西海市長 様

住所 **西海市大瀬戸町瀬戸檜浦郷2222番地**
 申請者 事業者名 **社会福祉法人 西海市**
 代表者名 **西海 太郎** ④
 電話番号 **37-0024**

上記のとおり助成金の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。
 （ ○年 ○月分）

サービスの種類	介護報酬	加算助成金額	渡航費用					
訪問介護	○○○円	○○○円	○○○円					
申請金額（合計）		○○○円	○○○円					
助成決定額		○○○円	○○○円					
支 払 希 望 機 関								
金融機関名	預貯金別・口座番号							
○○銀行 ○○支店 農協	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 (カナ)		社会福祉法人 西海市						

添付書類

1. 介護サービス利用日及び介護サービスの明細が分かる書類
2. しまの介護サービス確保事業（居宅サービス等事業者渡航費・加算）助成金支給申請に係るサービス提供者一覧表（様式第3号）
3. 渡航費の領収書（写し）

西海市しまの介護サービス確保事業（離島居住要介護被保険者渡航費・送迎費）
助成金支給申請書

年 月 日

西海市長 様

申請者 住所 **西海市大瀬戸町瀬戸檜浦郷2222番地**
 事業者又は氏名 **社会福祉法人 西海市**
 代表者名 **西海 太郎** 印
 電話番号 **37-0024**

上記のとおり助成金の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。

（〇年〇月分）

サービスの種類	被保険者渡航費	送迎者渡航費						
通所リハビリテーション	〇〇円	〇〇円						
短期入所生活介護	円	円						
短期入所療養介護	円	円						
申請金額（合計）		〇〇円						
助成決定額		〇〇円						
支 払 希 望 機 関								
金融機関名	預貯金別・口座番号							
〇〇銀行 〇〇支店 農協	普通・当座	1	3	4	5	6	8	9
	口座名義人 (カナ)	社会福祉法人 西海市 シャカイフクシホウジン サイカシ						

添付書類

1. 介護サービス利用日が分かる書類
2. しまの介護サービス確保事業（離島居住要介護被保険者・送迎者渡航費）
助成金支給申請に係るサービス提供者一覧表（様式第4号）
3. 渡航費の領収書（写し）
4. 事業所が申請する場合：被保険者の渡航費用を事業者が負担することを証する証明書（様式第5号）

記入例

様式第3号(第6条関係)

しまの介護サービス確保事業（居宅サービス等事業者渡航費・加算）助成金
支給申請に係るサービス提供者一覧表（〇年〇月分）

事業者名： **社会福祉法人 西海市**

事業名： **訪問介護事業**

番号	サービス提供日	被保険者番号	被保険者氏名	介護報酬	加算助成対象金額	事業者渡航費
1	〇.〇.〇	12345	松島 花子	〇〇〇円	〇〇〇円× 15%	〇〇〇円
2	〇.〇.〇	67890	松島 次郎	〇〇〇円	〇〇〇円× 15%	〇〇〇円
3	〇.〇.〇	23456	瀬戸 三朗	〇〇〇円	〇〇〇円× 15%	〇〇〇円
合計				〇〇〇円	〇〇〇円	〇〇〇円

※サービス提供日順に記載してください。

※介護報酬とは、所定単位数に地域区分ごとの1単位の単価を乗じて得た額

記入例

様式第 4 号(第 6 条関係)

しまの介護サービス確保事業（離島居住要介護被保険者・送迎者渡航費）
助成金支給申請に係るサービス提供者一覧表（ ○年 ○月分）

事業者名： **社会福祉法人 西海市**
事業名： **通所リハビリテーション事業**

番号	サービス提供日	被保険者番号	被保険者氏名	被保険者渡航費	送迎者渡航費
1	○.○.○	12345	松島 花子	○○○円	
2	○.○.○	67890	松島 次郎	○○○円	
3	○.○.○	23456	瀬戸 三朗	○○○円	○○○円
合計				○○○円	○○○円

※渡航日順に記載してください。
※送迎者渡航費とは、事業者又は家族の送迎者（運転者と介助者 1 人までとする。）の渡航費

被保険者の渡航費用を事業者が負担することを
証する証明書

私の令和〇年度中の下記事業者が提供する通所リハビリテーション事業における渡航費用を同事業者が負担することについて、同事業者と私が合意していることを証明します。

記

事業者住所 西海市大瀬戸町瀬戸樋浦郷2222番地

事業者名 社会福祉法人 西海市

代表者 西海 太郎

年 月 日

被保険者住所

氏名 ⑩

記入例

西海市しまの介護サービス確保事業補助金交付請求書

年 月 日

西海市長

所在地
請求者 名 称
代表者氏名

印

令和〇年 〇月〇〇日付け第〇〇号で決定の通知のあった西海市しまの介護サービス確保事業について、次のとおり請求します。

記

請求金額 金 _____ 〇,〇〇〇円

ここの数字につきましては、
「西海市しまの介護サービス確保事業助成金決定通知書」内の「支給番号」を記入して下さい。

振込先

金融機関名	十八親和 <input checked="" type="radio"/> 銀行 金庫 組合	大瀬戸	本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 支所 出張所
預金種別	1 <input checked="" type="radio"/> 普通 2 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ	オオセト タロウ		
口座名義	大瀬戸 太郎		