

大分県被爆者訪問介護利用助成事業実施要領

1 趣旨

この要領は、大分県被爆者介護保険等利用助成事業実施要綱（以下「介護保険等実施要綱」という。）第3の4に掲げる被爆者訪問介護利用助成事業の手続きについて、必要な事項を定める。

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で、介護保険の「訪問介護利用者負担減額認定証」（以下「減額認定証」という。）を所持しない者は、被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書（別記様式第1号）を管轄の保健所（ただし、大分市在住者については健康づくり支援課）を経由して知事に提出しなければならない。申請にあたっては、生計を維持する者が原則として所得税非課税であることの市町村長の証明又はそのことを証するに足りる書類を提出しなければならない。
- (2) 知事は、上記の申請に基づき内容を審査して、申請者が介護保険等実施要綱に定める要件に該当する者であるとして認定したときは、当該認定者に被爆者訪問介護利用助成受給者証（別記様式第2号、以下「受給者証」という。）を交付する。
- (3) 前項の認定は、申請のあった日の属する月の初日から、申請のあった日の属する月以降最初に到来する5月31日までの期間に限り、その効力を有する。ただし、5月中に申請する場合、前年の課税状況を確認することができるときには、翌年の5月31日までの期間を有効とすることができる。
- (4) 減額認定証を所持する被爆者については、その認定期間をもって被爆者訪問介護利用助成受給資格認定期間とする。
- (5) (1) から (3) までの規定は、(2) の認定を更新しようとする場合について準用する。

3 受給者証

- (1) 助成受給者は受給資格を失ったとき、有効期限に至ったときは直ちに受給者証を管轄の保健所（ただし、大分市在住者については健康づくり支援課）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記載事項に変更があったときは、14日以内に、被爆者訪問介護利用助成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管轄の保健所（ただし、大分市在住者については健康づくり支援課）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損、汚損又は紛失したときは受給者証の再交付申請書（別記様式第4号）を管轄の保健所（ただし、大分市在住者については健康づくり支援課）

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。

4 利用助成の受給

(1) 現物給付の場合

介護保険等実施要綱第5の1の方法により、被爆者訪問介護利用助成金の支給を受けようとする者は、当該サービスの提供を求める際に介護サービス事業者に対して被爆者健康手帳及び受給者証又は減額認定証を提示しなければならない。

(2) 償還払いの場合

償還払いにより被爆者訪問介護利用助成金の支給を受けようとする者は、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を添付して、被爆者訪問介護利用助成金支給申請書（別記様式第5号）を管轄の保健所（ただし、大分市在住者については健康づくり支援課）を経由して知事に申請する。

附 則

- 1 この要領は、平成14年度予算に係る利用助成金から適用する。
- 2 平成14年4月1日から平成14年5月31日までに受け付けた被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書を2の（2）の規定により認定する場合、認定期間は2の（3）の規定にかかわらず、平成14年4月1日から平成14年5月31日まで効力を有する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日より適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日より適用する。

(注：介護保険における「訪問介護利用者負担額減額認定証」を所持している人はこの申請は必要ありません。)
別記様式第1号

被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書

大分県知事 殿 平成 年 月 日

(ふりがな)	-----		明治			男・女	
氏名	Ⓜ		大正	年	月	日生	
住所	〒		電話番号 ()		-		
被爆者健康手帳番号	0	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訪問介護利用に係る自己負担分について、大分県被爆者介護保険等 利用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。							
* 1 世 帯 の 状 況	生計 中心者	氏名	申請者 との 続柄	生年月日	前年の 所得税 課税状況	同居 別居	別居の場合の 住所・電話番号
			本人		課税 非課税	/	/
					課税 非課税	同居 別居	
					課税 非課税	同居 別居	
					課税 非課税	同居 別居	
					課税 非課税	同居 別居	

注1 生計中心者に○印をしてください。

2 この申請書には「介護保険の要介護認定等通知書」の写しを添えてください。

.....
(世帯員の状況及び所得税の課税状況について他の証明書を添付する場合は以下の証明は不要です。)

平成 年 月 日

(市町村長)

様

住所

氏名

印

大分県被爆者介護保険等利用助成事業実施要綱に基づく利用助成の申請に必要なため、上記
* 1世帯の状況欄に記入した世帯員の状況及び所得税の課税状況の確認をしてください。

なお、確認のため必要がある場合には、私(申請者)及び私の属する世帯員について(市町村長)
が税務関係当局に報告を求めることに同意します。このことは私の世帯員の同意を得ています。

※ 1世帯の状況欄に記入された世帯員の状況及び所得税(証明が困難な場合は住民税に置き換
え可)の課税状況は記載のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

市町村長

印

被爆者訪問介護利用助成受給者証

(ふりがな)			生年月日	性別
氏名			生	
被爆者健康手帳番号			認定番号	
居住地				
認定期間				
介護保険被保険者番号		保険者名		要介護度

大分県被爆者介護保険等利用助成事業実施要綱第4の1に基づく被爆者であることを認定します。

平成 年 月 日

大分県知事

注意事項

- この制度で利用できるサービスは大分県介護保険等利用原爆被爆者助成事業実施要綱第3の4の①に規定する訪問介護、旧介護予防訪問介護、第1号訪問事業です。
- 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出してください。
- 受給資格がなくなったとき、有効期限に至ったときは、すぐにこの証を管轄の保健所（ただし、大分市に在住の方については健康づくり支援課）に返還してください。
また、引き続き受給しようとするときは、更新の手続きを行ってください。
- この証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、管轄の保健所（ただし、大分市に在住の方については健康づくり支援課）に届け出てください。

被爆者訪問介護保険利用助成金支給申請書(年 月分)

大分県知事

殿

年 月 日

(ふりがな) 氏 名	印		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女				
	〒		被爆者手帳番号					
居 住 地	TEL — —		0					
保険者名称 (市町村名等)			介護保険被保険者番号					
申 請 額	円		* 支給決定額 (この欄は記入しない)		円			
振込口座			銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所				
	預金種別	普通 当座	口座番号					
	名義人							

※この申請書に当該月分の領収書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。

※「訪問介護利用者負担額減額認定証」所持者は写しを添付して下さい。

※申請書は、必ず管轄の保健所(部)(ただし、大分市在住の方については、健康づくり支援課)に提出してください。

保健所受付印