

初回登録時の提出書類

注意点！

生計困難者等に対する利用者負担額軽減申出書
(C事業者用)

口座振替依頼書兼登録申請書
(世田谷区に口座登録がない事業者)

この二つの申請書の
①「住所」
②「事業者名」
③「代表者名」
は一致させる必要があります。
(下図の赤枠の部分)

第1号様式(1) (第2条関係)

記入例

生計困難者等に対する利用者負担額軽減申出書

世田谷区制度

平成29年1月

平成29年1月1日

世田谷区長 あて

所在地
申請者 事業者(法人)名
代表者職・氏名

世田谷区上町1-1-1
上町ビル3階
㈱ 世田谷
世田谷 太郎

生計困難者等に対する利用者負担額の軽減を下記のとおり実施しますので、申し出ます。

申請者	主たる事務所の所在地	(郵便番号154-0011) 世田谷区 上町1-1-1 上町ビル3階					
	事業者(法人)名	㈱ 世田谷					
連絡先	担当部署	経理課	FAX番号				
	担当者名	世田谷 花子					
軽減を実施する事業所の状況	開始年月(減額を始める月)	実施事業の種類(注)	事業所の名称	事業所番号	サービス提供地域	事業所の所在地	事業所の連絡先
	平成29年1月	訪問介護(予防含む)	世田谷訪問介護	111111111	世田谷区 目黒区	(郵便番号154-0011) 世田谷区上町1-1-1 上町ビル1階	(郵便番号154-0011) 世田谷区上町1-1-1 上町ビル1階
	平成29年1月	総合事業 訪問介護(現行相当)	世田谷訪問介護	111111111	世田谷区 目黒区	(郵便番号154-0011) 世田谷区上町1-1-1 上町ビル1階	(郵便番号154-0011) 世田谷区上町1-1-1 上町ビル1階
	平成29年1月	通所介護(予防含む)	三軒茶屋通所介護	222222222	世田谷区 目黒区	(郵便番号154-0024) 世田谷区三軒茶屋1-1-1 三茶ビル	(郵便番号154-0024) 世田谷区三軒茶屋1-1-1 三茶ビル

(注) 同一事業所において、介護サービスと介護予防サービスの両方で軽減を行う場合は、例えば訪問介護であれば、「訪問介護(介護予防を含む)」と記載してください。

【提出先】 本申出書は、世田谷区長宛に1部作成し、区の介護保険課へ提出してください。

- 世田谷区介護保険利用者負担軽減措置実施要綱(平成12年5月31日世在サ管発第311号)に基づき、利用者負担の軽減措置を実施します。
- 軽減負担の実施にあたっては、「生計困難者に対する利用者負担額軽減確認証」の有無を確認します。
- 軽減に要した費用は、毎月ごとに世田谷区が定める請求書に、居宅サービス介護給付費明細書の写し及びサービス利用状況を証する書類を添付して翌月20日までに世田谷区に請求します。

記入例

口座振込依頼書 兼 登録申請書

※ の中を記入してください。 は選択項目 印をつけて下さい。(業種・団体用)

※ 区と契約を結ぶ事業者は、登録申請してください。

法人(団体)名	(カナ)セタガヤ ㈱世田谷
役職名	代表取締役
代表者氏名	(カナ)セタガヤ 太郎 世田谷 太郎
郵便番号	154 - 0011
住所	世田谷区上町1-1-1
方書	上町ビル3階
電話番号	03-3333-3333

※新規登録で工事前払金用口座を登録する場合は、申請書を2部作成してください。

振込希望口座	通常払用	工事前払金用
金融機関名	上町信用金庫	
支店名	上町支店	
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口座番号	01234567	
口座名義	(カタカナで記入) カ)セタガヤ	

■「口座振込のお知らせ」について

1. 「口座振込のお知らせ」を希望しますか。

希望する 希望しない

■「業務種別」について

<業務種別一覧シート>を参考に記入してください。

業種コード 18

2. 希望する場合は、通知方法を選択して、番号またはアドレスを記入してください。

PCメール 携帯メール

メールアドレス 123@xxx.co.jp

上記のとおり、口座振込登録を申請します。
なお、登録完了後の世田谷区からの支払金は、指定口座へ振り込んでください。

申請日 平成29年1月1日

世田谷区長
契約担当者

(住所) 世田谷区上町1-1-1 上町ビル3階

(法人・団体名) ㈱世田谷

(役職名) 代表取締役

(代表者名) 世田谷 太郎

(担当者所属) 経理課

(担当者氏名) 世田谷 花子

印は契約印を押印してください

区役所 所管課処理欄【課・係名/電話/】	契約・会計室会計課処理欄
相手方番号	財務システムの適用開始日
00	平成 年 月 日
(請負契約した目を記入し、システムに入力する。)	担当 処理日

請求時の提出書類（1または2）

1

生計困難者に対する利用者負担額軽減費請求書（5%請求分）

介護給付費明細書等
利用者の署名・押印入り

2

生計困難者に対する利用者負担額軽減費請求書（5%請求分）

介護給付費明細書等
利用者の署名・押印無し

領収書
(請求書では不可)

原則として請求書の右下の

- ①「住所」
 - ②「事業者名」
 - ③「代表者名」
 - ④「印影（代表者印）」
- は申出書・口座振替依頼書と同一になります。
(下図の赤枠の部分)

世田谷区介護保険課保険給付係

記入例

生計困難者に対する利用者負担額軽減費請求書（5%請求分）

請求金額	¥ 4 2 6 5
------	-----------

ただし、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリ、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリ、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護

総合事業訪問介護サービス（現行相当サービス） 総合事業生活援助サービス（訪問型サービスA）
総合事業通所介護サービス（現行相当サービス） 総合事業運動器機能向上サービス（通所型サービスA）

請求内容

氏名	確認番号	給付単位数 単位数合計 A	単位数単価 B	区請求額 C = A × B × 0.05 (少数点以下全て切り捨て)	年月
介護 太郎	〇×△	1855	11.40	1,057	29・1
介護 太郎	〇×△	4165	11.40	2,374	29・2
介護 花子	△×〇	733	11.40	417	29・1
介護 花子	△×〇	733	11.40	417	29・2
合 計				4,265	

上記のとおり請求します。

平成29年 3月 1日

世田谷区長 あて

請求者

住所 世田谷区上町1-1-1
上町ビル3階
事業者名 ㈱ 世田谷
代表者名 世田谷 太郎

代表者印

相手方コード × × × △ △ △

※請求者の住所・事業者名・代表者名等は申出書に記載したものに記入してください。

様式第二（附則第二条関係）

見本

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ、在宅療養管理指導、通所介護、通所リハ、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)、小規模多機能型居宅介護(短期利用)、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)、夜合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)、地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成 2 9 年 0 1 月 分						
公費受給者番号		保険者番号 1 3 1 1 2 8						
被保険者番号 (7桁)	× × × × △ △ □ □ □ □	事業所番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						
氏名	介護 太郎	事業所名称 世田谷訪問介護						
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 1 0 年 1 0 月 1 0 日 1 0 日 1 1 月 1 日 1 1 月 1 日	所在地 東京都世田谷区 上町1-1-1 上町ビル1階						
要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5	連絡先 電話番号 03-3333-3333						
認定有効期間	平成 2 9 年 0 1 月 0 1 日 から 平成 3 0 年 0 3 月 3 1 日 まで							
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成	事業所名称 世田谷居宅介護支援事業所						
開始年月日	平成 3 3 3 3 3 3 3 3 日	中止年月日 平成 年 月 日						
中止理由	1. 非該当 2. 医療機関入院 3. 死亡 4. その他 5. 介護老人福祉施設入所 6. 介護老人保健施設入所 7. 介護療養型医療施設入院							
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	給付率 (%)	公費対象単位数	給付率 (%)	
身体2・Ⅲ	1 1 2 9 6 1	4 2 7	4	1 7 0 8				
訪問介護処遇改善加算1	1 1 6 2 7 4	1 4 7	1	1 4 7				
請求額集計欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	給付率 (%)	公費対象単位数	給付率 (%)
①サービス種類コード/②名称	1 1 訪問介護							
③サービス実日数	4 日							
④計画単位数	1 7 0 8							
⑤限度管理対象単位数	1 7 0 8							
⑥限度管理対象外単位数	1 4 7							
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない) + ⑥	1 8 5 5							
⑧公費分単位数								
⑨単位数単価	1 1 4 0 円/単位							
⑩保険請求額	1 9 0 3 2							
⑪利用者負担額	2 1 1 5							
⑫公費請求額								
⑬公費分本人負担								
社会福祉法人等による軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考		

介護 太郎

印

請求者欄は原則として「申出書」に届出をした①住所②事業者名③代表者名④印影をご記入・捺印してください。

領収書の添付をしない場合は、余白に被保険者のサインと押印が必要です。
(浸透印は不可)