

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御 中

← 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課 老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

介護給付費及び公費負担医療等に関する
費用等の請求に関する省令の
一部を改正する省令の施行について（通知）
計3枚（本紙を除く）

Vol.962

令和3年4月1日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内線 3979、3948)

FAX : 03-3595-4010

老発 0401 第 19 号
令和 3 年 4 月 1 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の
一部を改正する省令の施行について (通知)

介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を改正する省令 (令和 3 年厚生労働省令第 75 号。以下「改正省令」という。) については、令和 3 年 3 月 31 日に公布され、本日施行されたところである。

改正省令の趣旨及び内容は、下記のとおりであるので、十分御了知の上、管内市町村 (特別区を含む。) を始め、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきを期されたい。

記

第 1 改正の趣旨

介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号) 第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する第 1 号事業 (以下「第 1 号事業」という。) の対象者について、介護保険法施行規則の一部を改正する省令 (令和 2 年厚生労働省令第 176 号) により、令和 3 年 4 月 1 日から、第 1 号事業における補助により実施されるサービス (住民主体のサービス) を継続的に利用する要介護者が追加される。

これに伴い、介護給付を受けながら住民主体のサービスを利用する要介護者については居宅介護支援事業所がケアマネジメントを行う一方、介護給付を受けなくなり、住民主体のサービスのみを利用する要介護者については地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施することとなるため、地域包括支援センターがその費用を請求するための様式において、対象となる被保険者の区分に要介護者を追加する。

第 2 改正の内容

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント費を請求するための明細書中被保険者に係る区分に要介護者を追加する。

第 3 施行期日

改正省令は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

○厚生労働省令第七十五号

介護保険法施行規則の一部を改正する省令（令和二年厚生労働省令第一百七十六号）の施行に伴い、及び介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第二百四条の規定に基づき、介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を次のように定める。

令和三年三月三十一日

介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を改正する省令

介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令（平成十二年厚生省令第二十号）の一部を次のように改正する。
様式第七の三を次のように改める。

厚生労働大臣 田村 憲久

この省令は、令和三年四月一日から施行する。

附 則

様式第七の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | | 年 | | 月分 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|--|-------|-------|----|------|------|---|----|--|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1. 明治 | 2. 大正 | 3. 昭和 | 性別 | 1. 男 | 2. 女 | | | | |
| | 要支援状態区分等 | 事業対象者 要支援1・2 (継続利用の場合 要介護1・2・3・4・5) | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 1. 平成 | | | 年 | | 月 | | 日 | から | | |
| | 2. 令和 | | | 年 | | 月 | | 日 | まで | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | - | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | | |

| 事業費明細欄 | 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 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 事業費明細欄 (住所地特例対象者) | 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 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在 保険者番号 | 摘要 |
|----------------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|---------------|----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| 請求額集計欄 | 区分 | 事業分 | 公費分 |
|--------|-------------|------|------|
| | ①サービス単位数合計 | | |
| | ②単位数単価 | 円/単位 | |
| | ③給付率 | | /100 |
| | ④事業費請求額 (円) | | |