

鎌ヶ谷市介護保険特別給付サービスについて

鎌ヶ谷市役所高齢者支援課

令和6年3月

目次

1	特別給付サービスの概要	1
2	サービス利用の流れ	2
3	特別給付サービスに係る介護給付費請求にかかる書類	3
参考資料 1	居宅介護サービス計画	4
参考資料 2	介護予防サービス・支援計画書	8
参考資料 3	特別給付サービスに係る介護給付費請求書類	10

【関係法令 抜粋】

介護保険法 抜粋

第六十二条 市町村は、要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下「要介護被保険者等」という。）に対し、前二節の保険給付のほか、条例で定めるところにより、市町村特別給付を行うことができる。

鎌ヶ谷市介護保険条例 抜粋

（特別給付）

第9条 市は、法第62条に規定する市町村特別給付として、次の各号に掲げる種類の給付を行う。

- (1) 訪問理美容サービス費
- (2) 介助移送サービス費

鎌ヶ谷市介護保険条例施行規則 抜粋

（訪問理美容サービスの対象等）

第9条 条例第9条第1号に規定する訪問理美容サービス費は、次の各号に掲げる事項に基づき算定するものとする。ただし、介護給付又は予防給付において相当するものを受けるときは、その限度において当該サービス費は算定しない。

（介助移送サービスの対象等）

第10条 条例第9条第2号に規定する介助移送サービス費は、次の各号に掲げる事項に基づき算定するものとする。ただし、介護給付又は予防給付において相当するものを受けるときは、その限度において当該サービス費は算定しない。

（特別給付サービス費）

第11条 条例第9条に規定する理美容サービス費又は介助移送サービス費（以下「特別給付サービス費」という。）の支給対象となるサービス（以下「特別給付サービス」という。）を利用する者（以下この条において「利用者」という。）が、特別給付サービスを行うことを指定された事業者（以下「指定事業者」という。）から特別給付サービスを受けたときは、市長は、利用者が当該指定事業者を支払うべき当該特別給付サービスに要した費用について、特別給付サービス費として利用者に対し支給すべき額の範囲内において、利用者に代わり当該指定事業者を支払うことができる。

- (1) 訪問理美容サービス 1回につき1,500円
- (2) 介助移送サービス 1回につき1,000円

1. 特別給付サービスの概要

「市町村特別給付」とは、要介護（支援）者に対して、介護保険法で定められた介護（予防）サービスのほか、市の条例により独自の市町村特別給付として必要なサービスを実施するものです。鎌ヶ谷市においては、「介助移送サービス」「訪問理美容サービス」として、要介護（支援）者の在宅生活を継続するために必要となる支援を行なっております。

（1）訪問理美容サービス

ア 対象者

理容又は美容のサービスを理容所又は美容所で利用することが困難な方

イ 保険の対象

理美容の準備、移動及び後始末をする一連の行為

ウ 費用

1回あたり1,500円（利用者負担は各費用の1～3割）

理美容代は別途自費となります。

（2）介助移送サービス

ア 対象者

通院等の際移動用車両を利用するとき、居宅から当該移動車両までの間において介助を必要とする方

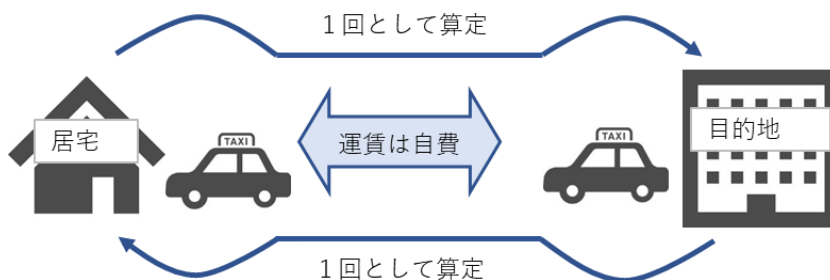
イ 保険の対象

居宅（目的地）において利用者が介助を必要とするところから駐車位置にある移動用車両までの介助及び移送ならびに駐車位置にある移動用車両から移動したいとする目的地における受付（居宅内の利用者が希望する位置）までの介助及び移送

ウ 費用

1回あたり1,000円（利用者負担は各費用の1～3割）

タクシー運賃は別途自費となります。

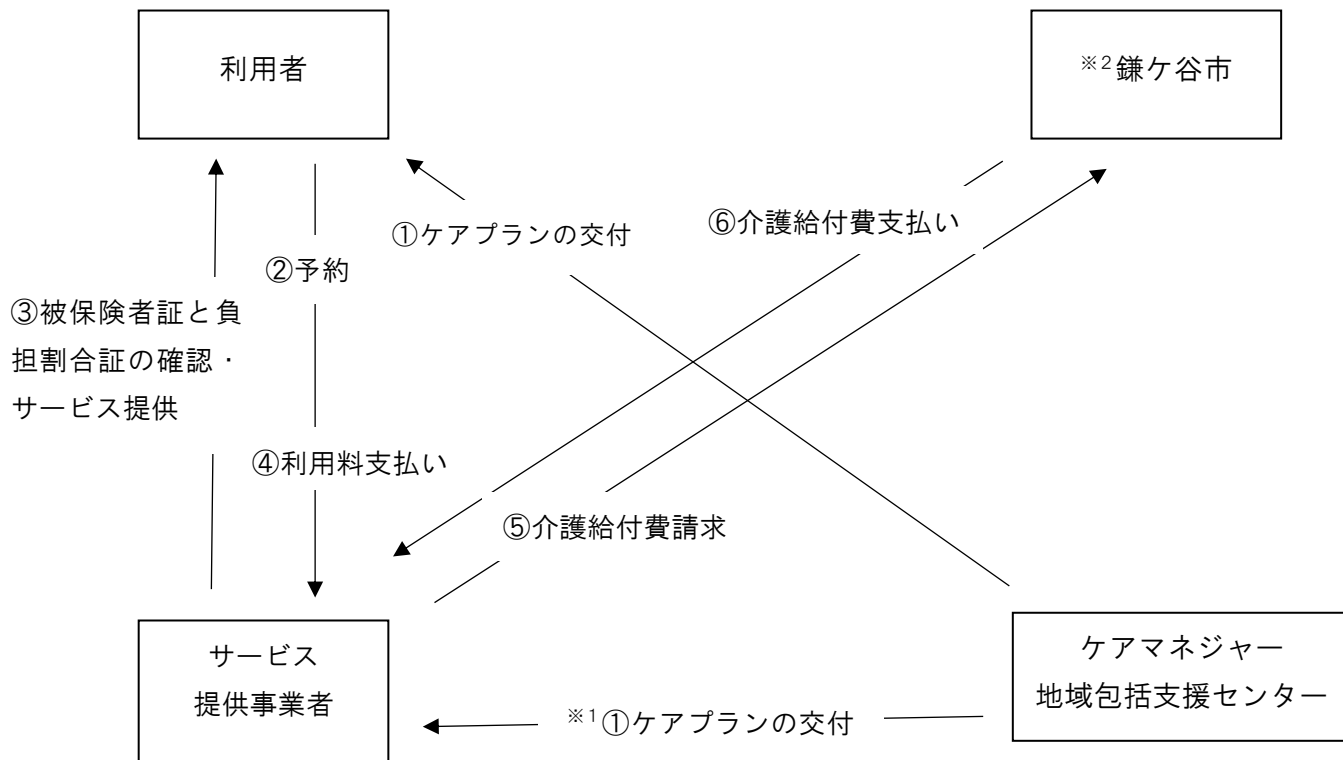


（3）留意事項

- ・介護給付又は予防給付において相当するものを受けるときは、その限度において特別給付サービス費の算定はできません。
特別給付サービスは区分支給限度額に含まれないサービスです。したがって、他の居宅サービスで区分支給限度額が埋まってしまった場合でも利用することができます。また、通院等乗降介助では算定できない外出先の場合でも介助移送サービスを利用することができます。
- ・生活保護受給者が利用した場合でも1割は受給者本人の負担となります。

- ・利用者が以下の状況にある場合は、利用できません。
 - (1) 介護保険施設に入院又は入所しているとき。
 - (2) (介護予防) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又は(介護予防) 認知症対応型共同生活介護を受けているとき。
 - (3) 病院又は診療所に入院しているとき。

2. サービス利用の流れ



※1…①ケアプランの交付にあたっての留意事項

- ・介護支援専門員（ケアマネジャー）または地域包括支援センター職員は、下表のとおり特別給付サービスについて記載し、利用前にサービス提供事業者に交付してください。なお、利用前の市役所への手続きは不要です。

	記載箇所	交付するもの
要介護者	第2表、第3表	第1表（署名のあるもの）、第2表、第3表
要支援者	介護予防サービス支援計画書	介護予防サービス支援計画書

- ・利用者本人の身体状況、サービス提供時の注意点や緊急時の対応方法の情報共有のため、ケアマネジャーはサービス提供事業者へサービス担当者会議等への出席要請や意見聴取を行い、サービス提供事業者はその要請に応じてください。

※2…特別給付サービスに係る介護給付費の請求先は鎌ヶ谷市役所高齢者支援課です。他の居宅サービスの請求先である千葉県国民健康保険団体連合会とは異なりますのでご注意ください。

3. 特別給付サービスに係る介護給付費請求にかかる書類

特別給付サービスに係る介護給付費請求は、以下の書類を高齢者支援課に提出してください。

- (1) 介護給付費請求書（特別給付サービス用）
- (2) サービス利用者一覧表（特別給付サービス用）
利用者が1名の場合は添付不要です。
- (3) サービス利用実績票（特別給付サービス用）
利用者全員分が必要です。

参考資料 1

居宅介護サービス計画

第 1 表、第 2 表、第 3 表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	_____ _____ _____ _____
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	_____ _____ _____ _____
総合的な援助の方 針	_____ _____ _____ _____
生活援助中心型の算 定 理 由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ _____ ）

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
早朝	4:00								
	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
夜間	16:00								
	18:00								
深夜	20:00								
	22:00								
	24:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

参考資料 2

介護予防サービス・支援計画書

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 様	認定年月日 _____	平成 ____年 ____月 ____日	認定の有効期間 ____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
--------------	-------------	----------------------	--	----------	---------	-----------	--------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 ____年 ____月 ____日(初回作成日 ____年 ____月 ____日) _____ 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活	1年
---------	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
運動・移動について		□有 □無					()						
日常生活(家庭生活)について		□有 □無											
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					()						
健康増進について		□有 □無					()						

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】
適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
手前給付または地域支援事業						

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 ____年 ____月 ____日 氏名 _____ 印

参考資料 3

介護給付費請求書類

令和 年 月分

介護給付費請求書(特別給付サービス用)

鎌ヶ谷市長 宛

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

事業所番号	
名称	
所在地	〒
代表者	印
連絡先	

内訳

区分	負担割合	件数	サービス費用					
			単価	費用合計	保険請求単価	保険請求額	利用者負担単価	利用者負担額
訪問理美容	1割		1,500		1,350		150	
	2割		1,500		1,200		300	
	3割		1,500		1,050		450	
介助移送	1割		1,000		900		100	
	2割		1,000		800		200	
	3割		1,000		700		300	
合計								

令和 6 年 3 月分

介護給付費請求書(特別給付サービス用)

請求事業所名等を記載し、
代表者印をご捺印ください。

鎌ヶ谷市長 宛

事業所番号	
名称	かまたんタクシー会社
所在地	〒 273-0195 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2丁目6番1号
代表者	鎌ヶ谷 太郎 印
	047-445-1141

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

利用者の負担割合ごとにサービス
費用の内訳をご記載ください。

内訳

区分	負担割合	件数	サービス費用					
			単価	費用合計	保険請求単価	保険請求額	利用者負担単価	利用者負担額
訪問理美容	1割		1,500		1,350		150	
	2割		1,500		1,200		300	
	3割		1,500		1,050		450	
介助移送	1割	2	1,000	2,000	900	1,800	100	200
	2割		1,000		800		200	
	3割		1,000		700		300	
合計		2		2,000		1,800		200

サービス利用者一覧表
(特別給付サービス用)

事業所名 _____

	被保険者番号	被保険者氏名カナ	負担割合	利用回数※
1	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
2	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
3	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
4	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
5	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
6	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
7	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
8	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
9	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
10	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
11	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
12	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
13	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
14	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
15	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
16	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
17	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
18	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
19	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	
20	0000		1割 ・ 2割 ・ 3割	

※ 利用回数をお書きください。例えば、2回利用した場合は、2行記載するのではなく、この欄に「2」とご記載ください。

令和 6 年 3 月分

**サービス利用者一覧表
(特別給付サービス用)**

事業所名 かまたんタクシー会社

	被保険者番号	被保険者氏名カナ	負担割合	利用回数※
1	0000123456	カマガヤ ハナコ	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	2
2	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
3	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
4	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
5	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
6	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
7	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
8	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
9	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
10	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
11	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
12	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
13	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
14	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
15	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
16	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
17	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
18	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
19	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
20	0000		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	

※ 利用回数をお書きください。例えば、2回利用した場合は、2行記載するのではなく、この欄に「2」とご記載ください。

サービス利用実績票

(特別給付サービス用)

被 保 険 者	被保険者番号	0000
	氏名カナ	
	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
	連絡先	
	ケアプラン交付確認済み ⇒ <input type="checkbox"/>	

区分	利用日時	利用者署名欄	
サ ー ビ ス 利 用 実 績	訪問 理美容	月 日 : ~ :	
	介 助 移 送	月 日 : ~ : 経路 居宅→目的地・目的地間・目的地→居宅	
		月 日 : ~ : 経路 居宅→目的地・目的地間・目的地→居宅	
		月 日 : ~ : 経路 居宅→目的地・目的地間・目的地→居宅	
		月 日 : ~ : 経路 居宅→目的地・目的地間・目的地→居宅	

サ ー ビ ス 提 供 事 業 者	事業者名	
	住所	
	連絡先	

(事務処理欄)

要介護状態区分	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

サービス利用実績票

(特別給付サービス用)

被保険者番号	0000123456	
氏名カナ	カマガヤハナコ	
要支援	1・2	要介護 1・2・3・4・5
	1割	2割 ・ 3割
	047-445-0△□☆	
	ケアプラン交付確認済み ⇒ <input checked="" type="checkbox"/>	

ケアマネジャーよりケアプランの交付を受けていることを確認して、チェックしてください。

区分	利用日時	利用者署名欄
訪問 理美容	月 日 : ~ :	
サービス 利用実績	3月 5日 10:00~10:20 経路 居宅→目的地・目的地間・目的地→居宅	鎌ヶ谷花子
	3月 5日 12:25~12:45 経路 居宅→目的地・目的地間・目的地→居宅	鎌ヶ谷花子
	月 日 : ~ :	
	経路 居宅→目的地・目的地間・目的地→居宅	

サービス 提供者	事業者名	かまたんタクシー会社
	住所	鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2丁目6番1号
	連絡先	047-445-1141

(事務処理欄)

要介護状態区分	
認定有効期間	
負担割合	

利用者の署名が必要です。

身体状況等の理由で自署できない場合は、ご家族による代筆または記名押印でも構いません。

代筆の場合は、利用者氏名と代筆者氏名、利用者との関係を記入してください。

例) 鎌ヶ谷花子 鎌ヶ谷花江(長女)代筆