

指定障害福祉サービス給付費等請求事務の注意点

1. 計算方法

(1) 新宿区独自負担軽減策

利用者負担額を総費用額の 1 割（10%）から 3%に軽減する新宿区の制度です。残りの 7%は区が自治体助成額分として負担します。

A：総費用額 10,000 円、上限月額 4,600 円の方の場合

事業所名	上限月額	総費用額	利用者負担額		自治体助成額
			10%	3%	
	4,600	10,000	1,000	300	700

B：総費用額 50,000 円、上限月額 4,600 円の方の場合

事業所名	上限月額	総費用額	利用者負担額		調整後確定利用者負担額	自治体助成額
			上限管理後(1割)	3%相当額		
	4,600	50,000	4,600	1,500	1,500	3,100

C：A 事業所（上限管理事業所）で 50,000 円、B 事業所で 30,000 円、C 事業所で 20,000 円利用した上限月額 4,600 円の方の場合

事業所名	上限月額	総費用額	利用者負担額		調整後確定利用者負担額	自治体助成額
			上限管理後(1割)	3%相当額		
A事業所	4,600	50,000	4,600	1,500	3,000	1,600
B事業所	4,600	30,000	0	900	0	0
C事業所	4,600	20,000	0	600	0	0
合計			(か) 4,600	(き) 3,000		
適用利用者負担額 ※(か)(き)の小さいほうの額				3,000		

注意点

- ①1 円未満の端数については、利用者負担額は切り捨て、自治体助成額は切り上げ！
- ②明細書の決定利用者負担額を入力する箇所には、上限管理後（1 割）の金額を入れる。
- ③上限管理をした結果、自社の利用者負担額が 0 円になったとしても、明細書の上限月額欄を 0 にしない。

(2) 過誤申請時の流れ

過誤とは・・・既に支払われた請求に誤りがあった場合に、その請求を取り下げる行為。

A 通常過誤

例：①1月に、Aさんの11月利用分に誤りが発覚（40,000円で請求したが、実績に誤りがあり、正しい金額は35,000円だった）し、過誤申請をする。

②2月に、通常請求分（50,000円とする）から、過誤分（40,000円）を引く。

（通常請求分－過誤分）

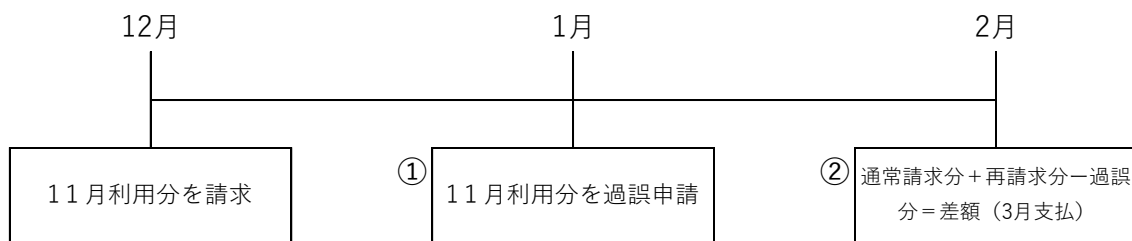
③3月に、再請求をする。



B 同月過誤

例：①1月に、Aさんの11月利用分に誤りが発覚（40,000円で請求したが、実績に誤りがあり、正しい金額は35,000円だった）し、過誤申請をする。

②2月に、通常請求分（50,000円とする）と再請求分（35,000円）を同月に請求して、過誤分（40,000円）を引く。（通常請求分＋再請求分－過誤分）



* 過誤申請する場合は、翌月の請求が『過誤した額＞請求額』とならないように注意する。

2. 提出物

(1) 過誤申立書 (資料 3-3)

過誤申立書の提出期限は、毎月 20 日 (12 月は 15 日前後)。20 日までに書類を送れない場合や、20 日を過ぎてからの過誤のご相談は、障害者福祉課経理係に早急に連絡。

なお、25 日を過ぎての過誤申し立ての提出は、翌月の過誤申請に回される。

提出方法：直接窓口を持参するか、郵送。FAX は NG！

(2) 利用者負担上限額管理事務依頼 (変更) 届出書 (資料 3-4)

利用者負担上限額管理事務依頼 (変更) 届出書は、利用者から上限管理事業所になることを承諾していただいてから、早急に提出する。なお、区への受給者証の提出は、コピーで良い。

*** 時期的に、提出が遅れると月の請求に影響が出る場合は、早急に障害者福祉課経理係にご連絡ください。**

3. その他注意事項

- ① 返戻は、エラーコードの頭文字が S なら新宿区、それ以外なら国保連合会に連絡。
- ② 受給者証の更新など、様々な理由で、障害支援区分・支給量・上限月額等が変更になる。未確認だと、国保連エラーや支給量オーバーなど再請求になる可能性が非常に高くなるので、毎月一回は受給者証の確認をする。
- ③ 複数事業所を使われている利用者の場合は、他事業所の契約支給量を確認めるとともに、オーバーにならないかの確認を事業所間で情報共有する。

お問い合わせ

新宿区福祉部障害者福祉課経理係 国保連担当

160-8484 東京都新宿区歌舞伎町 1-4-1

TEL 03-5273-4520

Fax 03-3209-3441

介護給付費・訓練等給付費等明細書

資料3-2

(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号					
助成自治体番号					

平成 3 0 年 1 2 月分

受給者証番号									1	1	2	2	3
支給決定障害者等氏名	新宿 太郎												
支給決定に係る障害児氏名													

指定事業所番号	1	3	1	1	2	3	4	5	6	7
事業者及びその事業所の名称	〇〇介護ステーション									
	地域区分									
就労継続支援A型事業者負担減免措置実施										

利用者負担上限月額 ① 4 6 0 0 就労継続支援A型減免対象者

利用者負担上限額	指定事業所番号						管理結果額				
管理事業所	事業所名称	上限管理により、自社の利用者負担額が0円でも、0									

サービス種別	開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日	利用日数	入院日数

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	概要

サービス種類コード	1	1	居宅介護								合計
サービス利用日数		日		日		日		日			
給付単位数											
単位数単価	1	1	2	0	円/単位		円/単位		円/単位		/
総費用額	5	0	0	0	0						/
1割相当額		5	0	0	0						/
利用者負担額②		5	0	0	0						/
上限月額調整(①②の内少ない数)		4	6	0	0						
A型減免	事業者減免額			0							
	減免後利用者負担額			0							
調整後利用者負担額				0							
上限額管理後利用者負担額				0							
決定利用者負担額		4	6	0	0						
請求額	4	5	4	0	0						
自治体助成分請求額		3	1	0	0						

上限管理後の1割を入れる!

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	給付費請求額	実費算定額

@ 枚中 枚目

FAXはNG!

過誤申立書(例)

新宿区自治体番号 131041
新宿区 御中

請求年月ではなく、サービス提供年月!

下記の介護給付・訓練等給付費について、過誤を申し上げます。

事業所番号	1311234567
事業所名称	〇〇介護ステーション
電話番号	03-〇〇〇〇-△△△△
FAX番号	03-〇〇〇〇-△△△□
担当者名	佐々木

申立年月日 平成31年 1月 18日

番号	受給者番号									フリガナ 対象者氏名	サービス提供年月	申立事由コード*				申立事由	
													1	0	0		2
1						1	1	2	2	3	シジユク タロウ 新宿 太郎	平成 30年 11月	1	0	0	2	請求誤り
2												平成 年 月					
3												平成 年 月					
4												平成 年 月					
5												平成 年 月					
6												平成 年 月					
7												平成 年 月					

* 申立事由コード(上2桁:様式番号、下2桁:申立理由番号)

【様式番号】(上2桁)

10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二) 〈共同生活介護、共同生活援助以外〉
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三) 〈共同生活介護、共同生活援助〉
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費給付明細書(様式第六) 〈基準該当〉
31	特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)
50	地域生活支援事業明細書

【申立理由番号】(下2桁)

02	請求誤りによる実績取り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限の誤りによる実績取り下げ
99	その他の事由による実績の取り下げ

新宿区 電話 03-5273-4520
担当者

資料3-4

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書(例)

支給決定障害者等氏名		受給者証番号	
フリガナ シンジュク タロウ		11223	
新宿 太郎		生年月日	
		明・大・昭 平成 10年10月8日	
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
上記の者より、平成30年12月20日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。			
上限額管理事業所所在地及び連絡先 新宿区高田馬場○-×-△ 上限額管理事業者及びその事業所の名称 ○○介護ステーション 高田馬場		上限管理を行う月・事業所番号が書かれた付箋などを添付していただけるとありがたいです。	
印			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	平成31年1月1日
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。 以前の上限管理事業所が上記利用者のサービス提供を終了したため 変更前の事業所への連絡(<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)			
(提出先) 新宿区長 様			
上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。 また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。			
平成30年12月20日 住 所 新宿区高田馬場○-△-□ 氏 名 新宿 太郎 電話 03(5273) 4520			
市町村 確認欄			

- 1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、へ提出してください。
- 2 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、へ提出してください。
- 3 この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。