

平成 30 年 11 月 20 日  
介護保険課給付係

## 【事業者向け】新宿区通所介護等食費助成事業について

### <事業の概要について>

…別紙 1 「新宿区通所介護等食費助成事業」参照

### <軽減の手順について>

…別紙 2 「新宿区通所介護等食費助成事業の各事業者の事務処理手順について」参照

### <各様式について>

…別紙 3 (申出書)、別紙 4 (申出書変更届)、

別紙 5 「通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書 (承認見本)」、

別紙 6 「通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書 (非承認見本)」、

別紙 7 (報告書)、別紙 8 (請求書)

### <ご担当者様へのお願い>

1 各提出物の締切は必ず守ってください。

区分変更申請中等で国民健康保険団体連合会 (以下、「国保連」という) 請求が保留になっている場合でも、食事提供回数は遅滞なく報告書に記載してください。

2 報告書の食事提供回数は、間違いなく記載し、修正・差替えがないようお願いいたします。

また、国保連への請求時は、通所回数を誤りなく請求するようご注意ください。誤りのあった場合は、過誤申立て及び再請求が必要になります。

3 区へ当該助成を請求する際、代表者以外の名義で口座を指定又は請求をする場合は、代表者印の入った委任状が必要です。年度ごとに必要ですので、毎年度初回の請求時に必ず添付してください。

4 証明書の確認について

利用者が持参する証明書で決定内容と適用期間を必ず確認の上、食費の減額を開始してください。

5 証明書の更新について

証明書の適用期間は、毎年 7 月 31 日までとなっております。

毎年 6 月上旬頃、その時点において助成の承認を受けている利用者を対象に「通所介護等食費助成制度の申請の勧奨 (更新)」を一斉送付しております。更新の申請のあった方には、7 月末までに 8 月 1 日以降の決定結果の通知をお送りする流れとなっております。更新の時

期になりましたら、申請の漏れがないよう利用者に声をかけていただくなど、ご協力をお願いします。

毎年8月には、必ず新しい証明書の有無・内容をご確認ください。

なお、初めて食費の減額を受けようとする利用者の申請は随時受け付けております。

また、現在、助成の承認をお持ちに関わらず、減額を受けていない利用者がある可能性もありますので、再確認をお願いします（事業所が確認した日から軽減開始となります。遡つての減額は受けられません）。

2ヶ所以上の通所又は別の通所介護事業所へ変更の際は、原本をご確認の上、複写対応も可能です。

**【問い合わせ先】**

新宿区介護保険課給付係

電話番号 03-5273-4176

## 新宿区通所介護等食費助成事業

### 概要

この事業は、新宿区が低所得者を対象として行う利用者負担の軽減事業です。

#### 1 対象サービス

介護保険サービスの通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護の通いサービス、地域密着型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業の通所介護相当サービス  
(上記と同様の「介護予防」のサービスも含む)

#### 2 対象者

介護保険の認定（総合事業の事業対象者も含む）がおりていて、住民税世帯非課税の者又は生活保護を受けている者

#### 3 食費助成の程度

食費助成の程度は、1食あたり200円（1日1食限り）とします。

#### 4 食費助成を利用できる事業者

新宿区へ通所介護等食費助成事業の実施の申出をした新宿区内の事業者

#### 5 利用方法

利用者は新宿区に対して申請を行い、通所介護等食費助成認定を受け、利用する通所介護等事業所に通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書を提示します。

#### 6 食費減額の方法

通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書の提示を受けた事業者は、その提示をした利用者に対し、食費助成により減額した食費を請求します。新宿区では、各事業者に減額した食費分の支払いを行います。

#### 7 他の制度による食費助成等との調整

他の制度により食費の助成等を受けている者は、この制度を適用しません。

## 新宿区通所介護等食費助成事業の各事業者の事務処理手順について

- 1 区への「申出書」の提出について
  - (1) 「申出書」の提出方法
    - ① 食費助成事業を始める事業者(法人)は、実施前に区に「申出書」を提出する。
    - ② 「申出書」は、新宿区介護保険課給付係へ提出する。
  - (2) 「申出書」の記入方法
    - ① 「申出書」の申請者欄には、指定申請の時に記入した主たる事務所の所在地、事業者(法人)名及び代表者名を記入し、代表者印を押印する。  
また、連絡先には、食費助成事業の事業者としての総括担当の連絡先を記入する。
    - ② 「申出書」の食費助成を実施する事業所欄には、事業所の名称、事業所コード、所在地連絡先を記入する。
    - ③ 「申出書」の内容に変更があった場合には、「申出書変更届」を区に提出する。
- 2 食費助成の手続きについて
  - (1) 「通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書」の確認
    - ① 事業者は、食費助成をするにあたり、サービス提供前に利用者から通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書の提示を受け、その内容を確認する(必要に応じて、証明書の写しを控えておく)。
    - ② 他の制度により食費の減額等を受けている者は、この制度を適用しない。
  - (2) 食費助成額の減額
    - ① 事業者は、証明書により確認したら、その内容に従って食費助成額を減額する。
    - ② 食費減額をした利用者への請求書は、減額前、減額後の金額を記載したものとする。
    - ③ 食費減額をした利用者への領収書は、減額後の金額を記載したものとする。  
(できれば、減額前、減額後の金額を記載したものが望ましい。)
  - (3) 食費助成状況の把握
    - ① 事業者は、事業所ごとに翌月20日までに、通所介護等食費助成等状況報告書を作成し、区に提出する。なお、3月分については、4月10日までに提出する。
    - ② 通所介護等食費助成状況報告書には、事業所ごとに作成し、月別の被保険者番号、利用者名、利用回数、食事提供回数及び食費本人負担減額を記入する。
- 3 請求について
  - ① 四半期毎、翌月20日までに請求書を区に提出する(例: 4~6月分は7月20日まで)。なお、1~3月分については、4月10日までに請求書を区に提出する(厳守)。
  - ② 請求書は、事業者(法人)で取りまとめ事務所の所在地、事業者(法人)名及び代表者名を記入し、代表者印を押印する。
- 4 支払について
  - ① 区は上記の請求をうけた時は、請求を受けた翌月末までに助成額を支払う。

# 新宿区通所介護等食費助成事業申出書

## 記入例

平成 年 月 日

新宿区長宛て

所在地  
申請者 事業者(法人)名  
代表者職・氏名

法人の所在地  
法人名  
代表者職・氏名と代表者印

(例1)  
新宿区〇〇〇\*-\*-\*  
株式会社 健康増進  
代表取締役 〇〇 〇〇 代表者印

(例2)  
新宿区〇〇〇\*-\*-\*  
医療法人社団 新宿会  
理事長 〇〇 〇〇 代表者印

印

新宿区通所介護等食費助成事業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 ー )	上記、申請者と同じ 法人の電話番号とFAX番号 担当者名
	事業者(法人)名		
	連絡先	電話番号 FAX番号	
助成を実施する事業所	事業所の名称	事業所番号	所在地 連絡先
	事業所の名称 事業所番号 事業所の所在地 事業所の電話番号とFAX番号		(郵便番号 ー )
			電話番号 FAX番号
			(郵便番号 ー )
			電話番号 FAX番号
			(郵便番号 ー )
		電話番号 FAX番号	
		(郵便番号 ー )	
		電話番号 FAX番号	

**記入例**

通所介護等食費助成事業申出書変更届

平成 年 月 日

新宿区長 宛て

所在地  
 申請者 事業者(法人)名  
 代表者職・氏名

法人の所在地  
 法人名  
 代表者職・氏名と代表者印  
 (例1)  
 新宿区〇〇〇\*-\*-\*  
 株式会社 健康増進  
 代表取締役 〇〇 〇〇 代表者印  
 (例2)  
 新宿区〇〇〇\*-\*-\*  
 医療法人社団 新宿会  
 理事長 〇〇 〇〇 代表者印

印

次のとおり通所介護等食費助成事業申出書の内容を変更したので、届け出ます。

	変更事項	変更内容
変更前	(例) 法人の所在地 法人の代表者 法人の連絡先 事業所の名称	東京都新宿区〇〇*-*-* 代表取締役 新宿 太郎 電話番号 03-****-**** FAX番号 03-****-**** デイサービス つつし
変更後	(例) 法人の所在地 法人の代表者 法人の連絡先 事業所の名称	東京都豊島区■ ■ *-*-* 代表取締役 新宿 花子 電話番号 03-****-**** FAX番号 03-****-**** デイサービス けやき ※事業所番号変更なし

【変更事項】

- ①法人の所在地
- ②事業者(法人)名
- ③法人の代表者
- ④法人の代表者印
- ⑤法人の連絡先(電話番号・FAX番号)
- ⑥事業所の名称
- ⑦事業所の番号
- ⑧事業所の所在地
- ⑨事業所の連絡先(電話番号・FAX番号)
- ⑩その他

変更年月日 (例) 事業所名称変更日等 年 月 日

\*\*\*-\*\*\*

(承認見本)

平成\*\*年\*\*月\*\*日

新宿区\*\*\*\*0-00-00

\*\* \*\* 様

新宿区長 吉住 健一

公印

## 通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書

先に申請のありました、通所介護等食費助成認定申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

## 記

被保険者番号	
氏名	
生年月日	**年**月**日
住所	新宿区****0-00-00
申請日	平成**年**月**日
決定日	平成**年**月**日
決定内容	助成を承認します (助成する対象) 食費 (助成する金額) 200 円
適用期間	平成**年**月**日 ~ 平成**年**月**日
決定理由	

新宿区内の通所介護等を利用する前に、必ずこの証明書を施設に提示してください。

提示しないと助成は受けられませんので、ご注意ください。

通所介護等の施設で「利用者負担額軽減確認証」による負担額の軽減を受けている場合は、この食費助成は受けられません。

※助成を受けられる事業所は、新宿区に登録している事業所に限られます。

新宿区 介護保険課 給付係 03 (5273) 4176 (直通)

(非承認見本)

\*\*\*-\*\*\*

平成\*\*年\*\*月\*\*日

新宿区\*\*\*\*0-00-00

\*\* \*\* 様

新宿区長 吉住 健一

公印

## 通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書

先に申請のありました、通所介護等食費助成認定申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

## 記

被保険者番号	
氏名	
生年月日	**年**月**日
住所	新宿区****0-00-00
申請日	平成**年**月**日
決定日	平成**年**月**日
決定内容	助成を承認しません
適用期間	~
決定理由	世帯全員が非課税でないため。



※サービス提供月の翌月20日(3月分は翌月10日)までにご提出ください。

# 記入例

あて

事業者(法人)名: (株)健康増進  
 事業所名: デイサービスつじ  
 連絡先電話番号: 03-1234-5678  
 担当者名: 新宿太郎

別紙7

## 通所介護等食費助成状況報告書

平成 〇〇 年 6 月分

当てはまるサービス種類に○をしてください

1回の食事代(除おやつ代)を記入してください

1人1食負担額: 700 円/回

通番	被保険者番号	氏名	利用回数	食事提供回数	食費本人負担減額
1	0000001234	新宿 花子	5	4	800
2	0009876543	東京 昭和	0	8	1600
3	000				
4	000				
5	000				
6	000				
7	000				
8	000				
9	000				
10	000				
合計			13	12	2400

適用開始日6/18~  
 利用日6/15、19、22、26、29

この場合は、通所利用回数は5回。  
 食事提供回数4回×食費助成額200円=800円  
 となります。

証明書の適用期間が報告月の途中から始まっている方については、その月の利用日を右余白に記載してください。  
 適用期間内に提供した分のみが食費助成の対象です。

- ・FAXによる送付の際、宛名紙は不要です。個人情報が含まれていまずので、番号の押し間違いにご注意ください。
- ・訂正などで再送される際には、余白に再送分と記入してください。
- ・「通所介護等食費助成認定結果通知書兼証明書」を必ずご確認の上、作成してください。

**記入例**

請 求 書

捨印

金 \_\_\_\_\_ 円

捨印を押印してください (代表者印)。

第1回目は4~6月(7/20×)  
 第2回目は7~9月(10/20×)  
 第3回目は10~12月(1/20×)  
 第4回目は1~3月(4/10×)  
 です。

ただし、新宿区通所介護等食費助成事業の助成金 (平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分) として、上記のとおり請求します。

内訳 金 200円 × \_\_\_\_\_ 回 = \_\_\_\_\_ 円

回数 は 3 か月分の食事提供回数を記入し、金額は上記金額と一致させてください。

「別紙のとおり」はしない。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

7月・10月・1月・4月

宛てのままで、訂正は不要です。

新宿区長 宛て

支払先は法人です。代表者の職名が必要です。(例：代表取締役、理事長など)  
 代表取締役等の名前と代表者印、理事長印等を押してください。

銀行名と支店を記入してください。

事業者の所在地  
 事業者(法人)名  
 代表者の職氏名  
 事業所名

印

口座振替先金融機関	口座種別	口座番号	口座名義
〇〇銀行 〇支店	普通	1234567	(例) 株式会社 〇〇 (例) 医療法人社団 〇〇会