

介護給付費支給申請書 兼 口座振替依頼書

この申請書は、受給者証又は医療券を使わずに支払った介護給付費や自己負担上限額を超えて支払った介護給付費を請求するものです。該当する介護給付費がないときは、提出の必要はありません。

裏面の記載例・注意事項を必ずお読みください。

- ・介護サービス事業者等に受給者証又は医療券を提示の上、右欄に証明を受けてください。
- ・申請書は介護サービス事業者等ごとに1枚必要です。また、証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。
- ・申請者の方は、太枠の中を記入し、介護サービス事業者等で証明を受けて、下記まで郵送してください。
- ・診療月の翌月の1日から5年間は申請が可能です。
- ・振込み時に、支給額・

【書類送付先】 〒163-8001 新宿区西新宿 2-8-1
東京都福祉局生活福祉部医療助成課マル都担当 電話 03(5320)4454

・太枠の中は、必ず記入してください。

(公費)負担者番号				1	3					受給者番号							
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協					預金種別		1 普通								

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。
また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事 殿

(受給者) 住所 〒(—) 氏名 生年月日 (明治 大正 昭和 平成 令和) 年 月 日 電話	(申請者) ※受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。 住所 〒(—) 氏名 受給者との続柄 () 電話
---	---

※上記振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は振込用の支店番号・口座番号を記入ください。
不明の際は、右欄に記号・番号を記入ください。

通帳記号(左から5桁)				通帳番号(末尾1を含む8桁)					
1			0						1

※受給者以外の口座を振込先として指定する際は委任状の記入が必要です。(詳しくは裏面をお読みください。)

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事 殿

年 月 日

(委任者／受給者本人)

(受任者／振込先口座名義人)

住所

住所

氏名

印

氏名

印

介護給付費利用者負担額証明欄

【介護サービス事業者等が記入】

※介護サービス事業者等以外の、受給者等による記載は無効です。					患者氏名	生年月日	
申請理由 《いずれかに チェック》	☐ 有効期間内に主保険単独で支払をしたため ☐ 受給者証又は医療券を適用して支払した医療費等について負担上限月額が減額されたため						

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関コード

[医科 1 ▪ 歯科 3 ▪ 調剤 4 ▪ 看護 6]

医療機関名 (サービス事業者名)	所在地 施設名 管理者名 電話番号 ()	印	記入者名	部署名 氏名 電話番号 (内線まで)
---------------------	-----------------------------------	---	------	-----------------------------

【介護給付費利用者負担額証明欄記載に当たっての主な注意点】※裏面もご確認ください。

- ・記載の対象となるのは、有効期間内に認定疾病に関して受けた医療系サービス[訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護医療院サービス]
- ・単価A欄にはレセプト請求した単位数単価（10円/単位、11.4円/単位など）を記載ください。
- ・公費対象単位数にはレセプト請求を行った給付単位数（公費対象として請求可能な単位数

【事務連絡欄】 利用者負担額が $A \times B \times \text{負担区分の計算}$ と一致しない場合はその理由等を記載ください。

申請者の方へ【必ずお読みください】

この用紙は、負担者番号が「５１」「５４」又は「８３」で始まる場合に御使用ください。

◆申請できる介護サービス費について

受給者証等の有効期間内に、認定疾病に関して受けた医療系サービス〔訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス（介護療養型医療施設における入院）、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導〕のうち、介護保険が適用されるもので、**以下に該当するものがある場合は、本申請書等の提出資料を送付してください。**

支給の対象となる介護サービス費	提出書類
【介護保険の負担割合が３割の方】 受給者証等がお手元に届くまでの間など、 受給者証等を適用しないで支払った 認定疾病にかかる介護サービス費のうち ① 介護サービス費総額の１割分（自己負担割合が３割から２割に軽減されるため） ② ①を給付後の介護サービス費と受給者証等に記載された自己負担上限額の差額（「５１」は除く。）	◇本申請書（太枠内をご記入ください。） ※認定疾病に係る介護サービス費について、必ず 介護サービス事業者等の証明（右欄） を受ける必要があります。（領収書での代用は不可） ◇受給者以外の口座に振込む場合は委任状 （申請書左側下部の記載で代えることも可）
【介護保険の負担割合が１割、２割の方】 受給者証等がお手元に届くまでの間など、 受給者証等を適用しないで支払った 認定疾病にかかる介護サービス費のうち「受給者証等に記載された自己負担上限額を超えた介護サービス費」（「５１」は除く。）	◇同一月に受給者証等を適用した介護サービス費が混在する場合は当該月の「自己負担上限額管理票」の写しも送付ください。 （負担額を調整します。）
受給者証等を適用して支払った介護サービス費 のうち以下のもの ①自己負担上限額が遡って減額された場合の差額 ②自己負担上限額を超えて支払った場合の差額	◇本申請書（太枠内をご記入ください。） ※管理票の記載のある介護サービス費については、介護サービス事業者等の証明に代えて 管理票コピーと領収書原本 の添付で申請できます。（領収書の返却を希望する場合はその旨を申請書余白等に記載ください。返信用封筒の同封は不要です。） ◇受給者以外の口座に振込む場合は委任状 （申請書左側下部の記載で代えることも可）

◆記入例

（公費）負担者番号		5	4	1	3	6	0	1	5	受給者番号		1	2	3	4	5	6	7
振込先口座	金融機関名	みやこ							銀行	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄 口座番号（7桁）								
	支店名	新宿							支店番号	① 0 ② 1 ③ 2 口座名義人								
フリガナ		トウキョウ ハナコ							漢字		東京 花子							
医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。 また、本申請に因りて、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します 東京都知事 殿 （受給者）住所 〒（162～8000） 新宿区西新宿1-1-1 氏名 東京 花子 生年月日（明治 大正 昭和 平成 令和） 28 年 3 月 1 日 電話 03-5320-1234 （申請者）※受給者と申請者が同一場合は記載不要です。 住所 〒（162～8000） 新宿区西新宿1-1-1 氏名 東京 太郎 受給者との続柄（ 夫 ） 電話 03-5320-1234																		

受給者証等を見て、正確に記入してください。

通帳を見て太枠の中を正確に記入してください。原則として、患者本人の口座を指定してください。

ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込用の支店番号・口座番号を記入してください。
 ※キャッシュカードに表記がある場合がありますが、不明な場合は「委任状」上部の記号・番号欄を記載ください。（この場合も、口座名義は振込口座欄に必ずご記入ください。）

預金種別未記載の場合は普通預金での処理となりますので、確認の上、必ずご記入ください。

◆委任状について

【左欄下部欄使用可：同内容で別途作成して提出することも可】

- ・受給者以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要です。
- ・事前に都に申請者として届け出た家族等の口座に振り込む場合は、委任状は不要です。
- ・受給者が未成年で保護者の口座に振り込む場合は、委任状は不要です。
- ・受給者本人がお亡くなりになり、委任ができない際は、委任状に代えて除籍謄本など受給者の方が亡くなった事実と、振込先口座名義人との関係（相続人であること）が確認できる資料を添付ください。

◆その他（注意点など）

- ・介護給付費利用者負担額証明欄に介護サービス事業者の証明を受けて申請してください。証明書発行にかかる手数料は助成対象外です。
- ・申請書は介護サービス事業者ごとに1枚ずつ必要です。
- ・領収書で介護給付費利用者負担額証明の代用はできません。また、申請時に領収書を添付する必要は原則ありません。
- ・申請書は、区市町村の担当窓口で配布しています。用紙が不足する場合は、表面のみコピーして使用しても構いません。東京都福祉局のホームページからダウンロードすることができます。

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/index.html>

- ・申請書を提出してから指定口座への入金までには、2～3か月程度かかります。入金時に支給額を通知します。

◆高額介護サービス費等について

高額介護サービス費として介護保険から払い戻される分については、その額を差し引いて支給します。
 高額介護サービス費の詳細については、介護保険被保険者証の交付元へお問い合わせください。

介護サービス事業者等の方へ【必ずお読みください】

- 1 証明の際は、受給者証等の提示を受け、介護給付費の支給申請ができることを確認してください。
- 2 受給者証等に表示された疾病に関する医療系サービスでないもの、介護保険が適用されないもの、受給者証等の有効期間外のもの、公費併用レセプト等により介護給付費助成額を請求しているものは、都の助成が受けられないので、証明の必要はありません。
- 3 有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、在宅サービスは、有効期間の開始日以降の介護給付費を助成の対象とし、開始日前の介護給付費は助成の対象としません。施設サービスは、月内における有効期間の開始日以降の単位数に介護保険の単価及び負担割合を乗じて求めた自己負担額を助成の対象とします。
- 4 公費負担者番号が「５４」で始まる受給者証の適用は、都道府県の指定を受けた介護サービス事業者等である必要があります。

◆記入例

介護年月	負担区分	施設 在宅	別 日数	左記のうち 有効期間 内の日数	円／単位 A	公費対象 単位数 B	利用者負担額 A×B×負担区分
6年1月	① 1割 ② 2割 ③ 3割	施設(1) 在宅(3)	4日	4日	11.26円	3, 320 単位	3, 739 円
6年2月	① 1割 ② 2割 ③ 3割	施設(1) 在宅(3)	3日	3日	11.26円	2, 490 単位	2, 804 円
合計							6, 543 円

レセプト単位で記入してください。

有効期間内に患者から徴収した介護保険の自己負担額(認定疾病に関するもののみ)を記入してください。

有効期間内における認定疾病に関するもののみに係る対象単位数を記入してください。

医療機関コード(医療保険のコード7桁)を必ず記入ください。

所属・担当者名(問い合わせに対応できる方)を必ず記入してください。

必ず押印してください。

上記のとおり証明します。 ○年 ○月 ○日
 [医科1・歯科3・調剤4・看護6]
 医療機関名 所在地 東京都千代田区丸の内3-5-1
 施設名 都 庁 訪問看護ステーション
 管理者名 所長 新宿 太郎
 電話番号 03(5320)××××

事業所コード (医療保険) 7 6 5 4 3 2 1
 部署名 管理担当
 氏名 健康 一子
 記入者名 電話番号 03(5320)×××× (内線まで) (内)△△△

該当するものに○をしてください。