

老人福祉法第11条の規定による措置の実施に係る費用の算定等に関する事務取扱要綱

老人福祉法第11条の規定による措置の実施に係る費用の算定等に関する事務取扱要綱(平成20年伊勢原市告示第5号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この要綱は、老人福祉法(昭和38年法律第133号。以下「法」という。)第21条第2号に規定する法第11条に基づく措置に要する費用(以下「措置費」という。)の算定について、伊勢原市老人保護措置費徴収規則(昭和55年伊勢原市規則第15号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(費用の算定基準)

第2条 措置費は、「老人福祉法第11条の規定による措置事務の実施に係る神奈川県指針(平成19年4月1日制定)」の別紙1「老人保護措置費支弁基準」により算定した額とする。

2 前項の規定にかかわらず、障害者等加算の加算については、入所者のうち要支援・要介護非該当者(施設が指定特定施設入居者生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けないなど介護サービスの対応ができない者を含む。)であり、かつ、継続的な援護を要する者として次のいずれかに該当し、市長が適当と認めた者を対象者として認定を行うものとする。

(1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者手帳を所持する者

(2) 障害を事由とする年金を受給している者

(3) 障害者自立支援法に基づく自立支援医療制度の高額治療継続者(重度かつ継続)に該当する者

(4) その他継続的な援護を要する特段の理由がある者

3 前項の加算対象施設及び加算対象者の認定は、従前からの対象者については毎年4月1日現在において、その翌日以降に、入所や障害が認定されるなどの理由で新たに加算の対象となる者についてはその翌月1日現在において、加算の認定を受けようとする施設から障害者等加算・夜間勤務体制加算申請書(第1号様式)を提出させ、当該施設の申請内容について必要な審査を行い、必要と認めた場合には障害者等加算・夜間勤務体制加算決定通知書(第2号様式)により加算対象者及び加算対象施設として市長が認定するものとする。

4 第1項の規定にかかわらず、介護サービス利用者負担加算の認定は、加算の認定を受けようとする施設から介護サービス利用者負担加算申請書(第3号様式)を提出させ、当該施設の申請内容について必要な審査を行い、必要と認めた場合には介護サービス利用者負担加算決定通知書(第4号様式)により加算対象施設として認定するものとする。

(特別基準の設定)

第3条 特別の事情により、規則及びこの要綱に定める算定基準、支弁の手續等によることができない場合は、あらかじめ市長の承認を受けて、その定めるところによるものとする。

附 則 (平成27年3月31日告示第55号)

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

第 1 号様式（第 2 条関係）

障害者等加算・夜間勤務体制加算申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住 所  
施設名  
代表者

施設別・障害者等加算算定調書			
施設名		運営主体	
施設所在地			
算定年月日			
[障害者等加算対象人数算定表]			
対象となる者の氏名	措置年月日	加算の対象期間	加算の対象と認められる状態の内容
<b>【夜間勤務体制加算】</b> 毎年 4 月 1 日現在で指定特定施設入居者生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設			申請の有無  有・無

※ 障害者等加算の対象と認める場合には、医師の診断書、障害者手帳、その状況を示す書類を添付すること。

障害者等加算・夜間勤務体制加算決定通知書

年 月 日

殿

伊勢原市長



施設別・障害者等加算算定調書			
施設名		運営主体	
施設所在地			
算定年月日			
[障害者等加算対象人数算定表]			
対象となる者の氏名	措置年月日	加算の対象期間	加算の対象と認められる状態の内容
<b>【夜間勤務体制加算】</b> 毎年4月1日現在で指定特定施設入居者生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設			加算の可否 該当・非該当

介護サービス利用者負担加算申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住 所  
施設名  
代表者

施設名					運営主体	
施設所在地						
算定年月日	年 月 日		～	年 月 日		
対象となる者の氏名	本人の費用徴収階層	要介護状態区分	加算上限額 (A)	介護サービス利用者負担月額 (B)	支弁額 (A) > (B) → (B) (A) ≤ (B) → (A)	

介護サービス利用者負担加算決定通知書

年 月 日

殿

伊勢原市長



施設名					運営主体	
施設所在地						
算定年月日	年 月 日		～	年 月 日		
対象となる者の氏名	本人の費用徴収階層	要介護状態区分	加算上限額 (A)	介護サービス利用者負担月額 (B)	支弁額 (B) > (B) → (B) (B) ≤ (B) → (A)	