

○紀美野町介護保険短期入所サービス特別枠利用に関する事務取扱  
要綱

平成21年 3月18日

告示第1号

改正 平成28年 3月31日告示第13号

平成31年 1月 8日告示第7号

令和3年 7月 1日告示第32号

(趣旨)

第1条 この告示は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13号第20項並びに居宅介護サービス費区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成12年厚生省告示第33号）に基づき、要介護と認定された紀美野町の被保険者（以下「要介護被保険者」という。）が在宅介護を継続する上で、要介護認定等有効期間の半数を超える利用（以下「特別枠利用」という。）を行うことについて必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、次に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 要介護認定有効期間 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第38条及び第41条第2項に規定する期間をいう。

(2) 指定居宅介護支援事業者 介護保険法（平成9年法律第123号。）第8条第21項、第46条第1項により、和歌山県知事から指定を受けた者をいう。

(対象者)

第3条 要介護被保険者は、次の各号のいずれかに該当する場合には、町長の承認を受け、特別枠利用を行うことができる。

(1) 対象者が虐待等を受け、生命に危険が及ぼされる可能性があるとき客観的に判断される場合

(2) その他町長が必要と認めた場合

(利用申請及び承認)

第4条 前条の対象となる者は、短期入所サービス利用日数が要介護認定有効期間の概ね半数を超えると予測される月の前月15日までに介護保険短期入所サービス特別枠利用申出書（様式第1号）に関係書類を添付して、町長に提出し承認を受けなければならない。

2 町長は、前項の申請を受けたときには、承認又は非承認の結果を介護保険短期入所サービス特別枠利用承認（非承認）通知書（様式第2号）により、申請書を受け付けた日から10日以内に申請者に通知するものとする。

(承認の期間)

第5条 前条第2項によって町長が特別枠利用を承認した期間（以下「承認有効期間」という。）は、当該要介護被保険者にかかる要介護認定有効期間内とする。

(利用の報告)

第6条 承認有効期間において特別枠利用を行うときには、指定居宅介護支援事業者は関係書類を添付し、介護保険短期入所サービス特別枠利用報告書（様式第3号）を町長に提出しなければならない。

(利用の抑制)

第7条 指定居宅介護支援事業者は、承認を受けた者の有する能力や置かれている環境等の評価を通じて、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分留意し、承認を受けた者の特別枠利用については必要最低限に抑えることとする。

(利用の中止)

第8条 第4条第2項により承認を受けた者は第3条の各号のいずれかに

該当しなくなったときは、承認有効期間にかかわらず、速やかに利用を中止しなければならない。

附 則

この告示は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日告示第13号）

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成31年1月8日告示第7号）

この告示は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年7月1日告示第32号）

（施行期日）

- 1 この告示は、令和3年7月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この告示の施行の際現にあるこの告示による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第1号(第4条関係)

介護保険短期入所サービス特別枠利用申出書

被 保 険 者	フリガナ 氏名							被保険者番号	0	0	0								
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )						性別	男・女										
	住所	〒 ー 海草郡紀美野町 電話番号( ) ー																	
	要介護 状態区分	要介護度	1・2・3・4・5						法定限度日数	日									
短期入所 利用日数	要介護 認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日																	
	短期入所 利用日数	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	合計									
		年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	日									
		年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	日									
		年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	年 月 (実績・予定)	日	日									
介 護 支 援 専 門 員	申出理由 (全てに 記載)	本人の状況																	
		家族の状況																	
		短期入所の特別枠利用を行うやむを得ない理由																	
		解決するための方策																	
		今後の見通し																	
		事業者名 年 月 日 電話番号( ) ー 介護支援専門員氏名																	
紀美野町長 様 上記内容に相違がないことを確認し、関係書類を添えて短期入所特別枠利用を申し出ます。 年 月 日 住所 電話番号( ) ー 申請者 本人との続柄( )																			

※添付書類：居宅サービス計画書(1)(2)、利用票・別表の写し

※特別枠利用の継続期間中は、毎月、様式第3号「短期入所サービス特別枠利用報告書」と必要書類を提出してください。

様式第2号(第4条関係)

年 月 日

申請者

様

紀美野町長

介護保険短期入所サービス特別枠利用承認(非承認)通知書

年 月 日付け第 号で申出のありました短期入所サービスの特別枠利用につきまして、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者

氏名

住所

特別枠利用の適否

特別枠利用の対象と認めます

有効期間

年

月

日から

年

月

日まで

特別枠用の対象と認められません

理由：

その他

介護保険短期入所サービス特別枠利用に関する事務取扱要綱第3条に該当する状態が改善された場合には速やかに特別枠利用を終了してください。

(教示)

1 この決定に不服がある場合には、この決定を知った日から起算して3箇月以内に、町長に対して審査請求をすることができます(なお、この決定を知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

2 この決定の取消しを求める訴えをする場合には、この決定を知った日の翌日から起算して6箇月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)、提訴することができます(なお、この決定を知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、審査請求をした場合には、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起しなければなりません。

様式第3号(第6条関係)

介護保険短期入所サービス特別枠利用報告書

被 保 険 者	フリガナ 氏名			被保険者番号	0	0	0													
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )			性別	男・女														
	住所	〒 — 電話番号( ) — 海草郡紀美野町																		
	要介護 状態区分	要介護度	1・2・3・4・5			法定限度日数	日													
要介護 認定有効期間		年 月 日 ~			年 月 日															
介 護 支 援 専 門 員	解決への 支援方法	本人への援助																		
		家族への援助																		
		改善への見通し																		
		サービス担当者会議の状況																		
紀美野町長 様 上記について、内容を確認し相違ありません。																				
住所 年 月 日 電話番号( ) —																				
申請者 本人との続柄( )																				
紀美野町長 様 上記のとおり、短期入所サービスの特別枠利用の状況を、関係書類を添えて報告します。																				
事業者名 年 月 日 電話番号( ) —																				
																		介護支援専門員氏名		

※添付書類：サービス利用票・利用票別表の写し、モニタリングを記載した経過支援記録

※特別枠利用の継続期間中は、「介護保険短期入所サービス特別枠利用報告書」を毎月提出してください。

様式第1号 (第4条関係)

様式第2号 (第4条関係)

様式第3号 (第6条関係)