

生活保護指定介護事業者 各位

横浜市健康福祉局生活支援課長

「訪問型サービス」及び「横浜市訪問型生活援助サービス」の介護券についてのお知らせ

平素より、本市生活保護行政にご協力いただきありがとうございます。

平成 30 年 4 月より、本市における介護予防・日常生活支援総合事業の取り扱いの変更がありました。変更内容は次の通りです。

①訪問型サービス（みなし）について

サービスコード「A1」を利用していた事業所のうち、希望する事業所が「A2」に移行

②横浜市訪問型生活援助サービスについて

サービスコード「A2」から、「A3」へ移行

生活保護受給者が介護サービスを利用する場合、本来、区生活支援課より指定介護事業所へ当該サービスごとに介護券を送付します。ただし、生活保護法における介護機関の指定等の情報の反映は、介護保険法での新規指定・指定内容の変更等が確認できてからとなるため、事業所が手続きを行ってから、生活保護システムへ反映されるまでに、数か月程度かかる可能性があります。

つきましては、従来から「A1」か「A2」のみの指定を受けており、平成 30 年 4 月より上記①、②へ移行された事業所におかれましては、各区生活支援課より送付される平成 30 年 4 月分以降の「A1」及び「A2」の介護券について、それぞれ「A2」、「A3」と読み替えて対応することとなります。

なお、上記①及び②への変更に伴う介護券の様式および請求に必要な情報の変更はありません（別紙参照）。

生活保護システムへの指定情報等の反映後は、当該サービスコードを反映した介護券を発行します。このとき、各事業所へは「生活保護法における指定介護機関のみなし指定のおしらせ」を送付します。また、旧サービスコードで介護券を既に発行している月について、遡って介護券の発行は行いません。

どうぞよろしく申し上げます。

A1~A3の
介護券（見本）



生活保護法介護券

（平成30年 4月分）

公費負担者番号	1 2 1 4	有効期間	1日から 30日まで	
受給者番号		単独・併用別	併用	
保険者番号	1 4 1 0 8 5	被保険者番号		
(フリガナ) 氏名		生年月日	性別 男	
要介護状態等区分	要支援2			
認定有効期間	平成29年 9月 1日から		平成31年 8月31日まで	
居住地	横浜市			
地域包括支援センター名	事業所番号	1 4		
指定介護機関名	事業所番号	1 4		
介護予防・日常生活支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	A1~A3は、「訪問介護」にチェックが入ります。	介護予防・日常生活支援	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護		施設介護	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
			居宅介護支援 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援
			本人支払額	***** 円
地区担当員名 横浜市 福祉保健センター長				
備考	介護保険の		あり	
	その他			
	備考			
	備考			