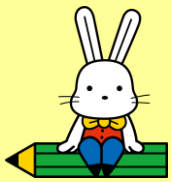
在宅介護慰労手当の手続きについて
（新規登録者用・令和5年度版）



1　事業概要

寝たきり状態の方（要介護者）を在宅で常時介護している方（介護者）に対し、申請により手当を支給します。支給金額は年額 60,000 円です。

■対象者の条件

下記2点に該当する介護者へ手当を支給します。

① 本市に6か月以上住所を有し、寝たきり状態（P3参照）の方と生計を同じくしている方。

② 令和4年8月1日～令和5年7月31日の間に、在宅介護※の期間が6か月以上ある方。

※在宅介護とは、**在宅**において寝たきり状態の方を介護している状態を言います。

次のいずれかに該当する場合、その月については在宅介護の期間に含めないものとします。

① 寝たきりの状態の方について、次に掲げる期間が**ひと月のうち16日以上**あったとき

（ア） 医療機関に入院していた期間

（イ） 施設に入所していた期間（P2参照）

（ウ） 指定のサービスを利用した期間（P2参照）

② 指定のサービスを複数利用し、**ひと月の利用日数を合算**した結果、**延べ日数で16日以上**あったとき

③ 前記（ア）～（ウ）に複数該当した場合、**ひと月の入院・入所、利用日数を合算**した結果、**延べ日数で16日以上**あったとき

2　支給までの流れ

（1） 必要書類の提出

必須	該当者のみ
①在宅介護慰労手当受給資格**登録届**（P4・5参照）	④生計同一関係に関する**申立書**（P8参照）（介護者が要介護者と同居していない場合のみ提出）
②在宅介護慰労手当支給に関する**現況届**（P6・7参照） 現況届受付期間：令和5年8月1日（火）～令和6年1月31日（水）	⑤在宅介護慰労手当受給資格登録届出用**証明書**（P9・10参照） （要介護者の要介護度が3以下の場合のみ提出） →担当ケアマネジャーや相談支援専門員、サービスを利用している事業所の代表者に記入を依頼してください。
③介護者名義の通帳（写し）	※介護保険・障害福祉サービス以外に在宅介護の手を離れるサービスを利用した場合は、追加書類の提出をお願いする場合がありますので、お申し出ください。 （例：労災保険の通所サービス等）

受給資格登録には①・③が必要となります。令和5年度手当支給の審査には②が必要となります。
受給資格登録後は、次年度以降7月下旬に市より②が郵送されます。

（2） 市における審査

提出された書類をもとに審査を行い、その結果を介護者あてに郵送します。

長期間にわたって入院・施設入所をしていた場合やサービスの利用状況によっては、手当が支給されない場合があります。

（3） 口座振り込み

在宅介護慰労手当の支給要件に該当した場合は、11月末～翌年2月末にかけて支給を行います。支給金額は60，000円（年額）です。

※提出書類に不備がある場合には、振り込みが遅れる可能性がございます。

提出期限	振り込み月
8月31日（木）まで	11月振り込み
10 月31日（火）まで	12月振り込み
11月30日（木）まで	令和6年1月振り込み
令和6年1月31日（水）まで	令和6年2月振り込み

■施設とは

介護保険	障害福祉
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	障害者支援施設
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	共同生活援助（グループホーム）
介護老人保健施設	
介護療養型医療施設	
介護医療院	
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	
特定施設入所者生活介護	
地域密着型特定施設入居者生活介護	

■指定のサービスとは

介護保険サービス	障害福祉サービス　※
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	生活介護
通所介護（デイサービス）	短期入所
通所リハビリテーション（デイケア）	日中一時支援
認知症対応型通所介護	
地域密着型通所介護	
短期入所生活介護（ショートステイ）	
短期入所療養介護（医療型ショートステイ）	
小規模多機能型居宅介護	
看護小規模多機能型居宅介護	

※障害福祉サービスのうち、自立訓練（機能・生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、自立生活援助、就労定着支援を利用している方は、在宅介護慰労手当の支給対象外となります。

■ 寝たきり状態とは

①、②を満たしている方を、この手当における寝たきり状態とみなします。

① 本市に6か月以上住所を有している20歳以上の方

② 下記太枠内の症状（B,C,Ⅳ,M）のいずれかが6か月以上にわたっている方で、今後もその状態が継続すると認められる方

障害高齢者の日常生活自立度判定

※寝たきり判定のポイント：排泄や食事を自分でできるかどうか

ランク		日常生活自立度判定基準
生活自立	J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 （例）バス、電車等の公共交通機関を利用して外出する場合 隣近所への買い物や町内の範囲までなら外出する場合
虚　弱	A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 （例）寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替え時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその助けのもと、外出できる場合
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの助けを要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 （例）自力で、もしくは何らかの手伝いがあって車イスに乗ることができても、食事や排泄をする際には介護者の助けを必要とする場合 **⇒登録届・現況届の区分2**
	C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて手伝いを要する。 （例）ベッド上で常時横になっているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合 自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時横になっている場合 **⇒登録届・現況届の区分1**

認知症高齢者の日常生活自立度判定

※認知症重度判定のポイント：日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られるかどうか

ランク		日常生活自立度判定基準
軽　度	Ⅰ	何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
	Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、注意していれば自立できる。 （例）たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理など以前はできていたことにミスが目立つ。服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない。
	Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動が1月に1度以上見られ、介護を必要とする。 （例）着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかり、時々介護が必要。 物を拾い集める、徘徊、失禁等が時々見られる。
重　度	Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動が1週間に1度以上に見られ、常に介護を必要とする。 （例）Ⅲの症状の他に、やたら物を口に入れる。大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等が頻繁。 **⇒登録届・現況届の区分4**
	M	著しい精神症状や問題行為が見られ、専門医療を必要とする。 （例）せん妄（幻覚と運動不穏）、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状やこれらを起因とする問題行動が継続する状態等 **⇒登録届・現況届の区分3**

登録届　記入のしかた

福島市在宅介護慰労手当受給資格登録届

年　　月　　日

福 島 市 長

提出日をご記入ください。

住　　所：福島市
届出者
（介護者）氏　　名：
電話番号：　　－　　－
※日中連絡のつく連絡先の記入をお願いします。

要介護者を在宅介護していることから、下記のとおり届出します。

介護者	住所				
	氏名	（男・女）		生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日
	※市使用欄	記入不要		寝たきりになった時期	年　月頃から
	要介護者との関係		※		
	生計の状況	1　同居している　　2　別居しているが、生活費に一体性がある			
要介護者	住所				
	氏名	（男・女）		生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日
	※市使用欄	記入不要		要介護度	※
	区分	1　1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクCの者） 2　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つことができる者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクBの者） 3　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクMの者） 4　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣの者）			
介護者振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合		本店・支店・支所・出張所	
	預金種別	1　普通 2　当座	口座番号		
	口座名義カナ				
承諾事項	**下記の事項への同意について、いずれかの□に☑を入れてください。** □要介護者の情報を福島市消防本部や福島市社会福祉協議会、民生委員に提供することについて**同意します**。また、このことについて要介護者の同意を得ています。 □要介護者の情報を福島市消防本部や福島市社会福祉協議会、民生委員に提供することについて**同意しません**。また、このことについて要介護者の同意を得ています。				

介護している方の情報を記入

生計の状況が「2」の場合は「生計同一に関する申立書」の提出が必要

介護を受けている方の情報を記入

最も当てはまる区分を一つ選択し、数字を〇印で囲んでください。

（区分：P3参照）

届出者（介護者）名義の口座をご記入ください。介護者名義の口座でなければ振込みを行うことができません。

記載の事項について、いずれかに☑を入れてください。

記入例

福島市在宅介護慰労手当受給資格登録届

令和〇年〇〇月〇〇日

福 島 市 長

住　　所：福島市**五老内町3番1号**
届出者　　**〇〇アパート△△△号室**
（介護者）氏　　名：**福島　花子**
電話番号：△△△－△△△△－△△△
※日中連絡のつく連絡先の記入をお願いします。

要介護者を在宅介護していることから、下記のとおり届出します。

介護者	住所	**福島市五老内町3番1号　〇〇アパート△△△号室**			
	氏名	**福島　花子**　（男・(女)）		生年月日	大正・(昭和)・平成 △△年△△月△△日
	※市使用欄			寝たきりになった時期	**令和△年△△月頃から**
	要介護者との関係	**子の妻**	※		
	生計の状況	(1) 同居している　　2　別居しているが、生活費に一体性がある			
要介護者	住所	**福島市五老内町3番1号　〇〇アパート△△△号室**			
	氏名	**福島　太郎**　（(男)・女）		生年月日	大正・(昭和)・平成 △△年△△月△△日
	※市使用欄			要介護度	**要介護4**
	区分	(1) 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクCの者） 2　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つことができる者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクBの者） 3　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクMの者） 4　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣの者）			
介護者振込口座	金融機関名	〇〇 (銀行)・金庫・組合		〇〇 本店・(支店)・支所・出張所	
	預金種別	(1) 普通 2 当座	口座番号	0 0 1 2 3 4 5	
	口座名義カナ	**フクシマ　ハナコ**			
承諾事項	**下記の事項への同意について、いずれかの□に☑を入れてください。** ☑要介護者の情報を福島市消防本部や福島市社会福祉協議会、民生委員に提供することについて**同意します**。また、このことについて要介護者の同意を得ています。 □要介護者の情報を福島市消防本部や福島市社会福祉協議会、民生委員に提供することについて**同意しません**。また、このことについて要介護者の同意を得ています。				

現況届　記入のしかた

介護を受けている方に
ついてご記入ください。

福島市在宅介護慰労手当支給に関する現況届

年　　月　　日

福 島 市 長

提出日をご記入ください。

住　　所：福島市
届出者
（介護者）氏　　名：
電話番号：　　－　　－
※日中連絡のつく連絡先の記入をお願いします。

現在の状況について、下記のとおり届出します。

要介護者	住所			
	氏名	（男・女）	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日
	※市使用欄		要介護度	※
	区分	1　１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＣの者） 2　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つことができる者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＢの者） 3　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクＭの者） 4　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣの者）		
	入院・入所の状況	病院・施設等の名称（　　） 年　月　日～　年　月　日 病院・施設等の名称（　　） 年　月　日～　年　月　日 病院・施設等の名称（　　） 年　月　日～　年　月　日		
介護期間		年　月　日～　年　月　日 年　月　日～　年　月　日		
サービスの利用状況				

介護を受けている方の状態で**最も当てはまる区分を一つ選択し、数字を〇で囲んでください。**

（区分：P3参照）

令和4年8月1日から令和5年7月31日の間で長期入院・入所があった場合、その期間をご記入ください。

※1日の検査入院など、短期間の入院については記入不要です。
（入所扱いの施設：P2参照）

令和4年8月1日～令和5年7月31日までの間で、
在宅で介護していた時期をご記入ください。
※「入院・入所の状況」欄に書き込んだ期間を除いた期間となります。

記入例

福島市在宅介護慰労手当支給に関する現況届

令和〇年**〇〇**月**〇〇**日

福 島 市 長

住　　所：福島市**五老内町3番1号**

届出者　　**〇〇アパート△△△号室**

（介護者）氏　　名：**福島　花子**

電話番号：**△△△－△△△△－△△△**

※日中連絡のつく連絡先の記入をお願いします。

現在の状況について、下記のとおり届出します。

要介護者	住所	**福島市五老内町3番1号　〇〇アパート△△△号室**			
	氏名	**福島　太郎**　（(男)・女）	生年月日	大正・(昭和)・平成 **△△**年**△△**月**△△**日	
	※市使用欄		要介護度	**要介護4**	※
	区分	(1) １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＣの者） 2　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つことができる者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＢの者） 3　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクMの者） 4　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣの者）			
	入院・入所の状　況	病院・施設等の名称（　**〇〇病院**　） **令和4**年　**12**月　**20**日～　**令和5**年　**2**月　**28**日 病院・施設等の名称（　**介護老人保健施設〇〇〇〇**　） **令和5**年　**3**月　**1**日～　**令和5**年　**4**月　**30**日 病院・施設等の名称（　　） 年　月　日～　年　月　日			
介護期間		**令和4**年　**8**月　**1**日～　**令和4**年　**12**月　**19**日 **令和5**年　**5**月　**1**日～　**令和5**年　**7**月　**31**日			
サービスの利用状況					

生計同一関係に関する申立書 記入のしかた

介護者が要介護者と同居(※)している場合は添付する必要がありません。

登録届で生計の状況が「2　別居しているが、生活費に一体性がある」を選択した場合に提出が必要です。

※当事業における「同居」とは、住民基本台帳上において同一世帯である必要はありません。
　実態として同一の住所に居住している場合は、同居しているものとみなします。

生計同一関係に関する申立書

令和〇年〇〇月〇〇日

私は、下記のとおり、要介護者と生計を同じくしております。

介護者の住所・氏名

住所　福島市五老内町3番1号

氏名　福島　花子　（要介護者との続柄:　子の妻　）

要介護者の住所・氏名

住所　福島市森合町10－1

氏名　福島　太郎

※経済的な支援についての申立

① 経済的支援を行っている頻度について（月・週・約　5回程度　・　常時）

② 経済的な支援の内容

週に5回、夫の父宅を訪問し、身の回りの世話などをしています。
食材や介護用品などは、私のお金で購入しています。
また、週に2日間はショートステイを利用していますが、本人は金銭的管理をするのが
難しい状態のため、私が本人に代わり介護サービス費の支払いを行っています。

※「経済的な支援」の例
・要介護者の生活費・食費等について介護者が負担している。
・要介護者の介護サービス費の利用者負担分について、介護者が負担している。
・要介護者の財産管理を介護者が代わりに行っている。

証明書　記入のしかた

要介護者の要介護度が3以下の場合のみ提出が必要となります。

裏面はチェックリストになっています。

（様式第２号）

福島市在宅介護慰労手当受給資格登録届出用証明書

要介護者	住所	**福島市五老内町3番1号　〇〇アパート△△△号室**		
	氏名	**福島　太郎**　（男・女）	生年月日	大正・(昭和)・平成 △△年△△月△△日
	区分	(1) １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＣの者） 2　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つことができる者（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランクＢの者） 3　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクＭの者） 4　日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣの者）		

要介護者は、上記の状態にあることを確認しました。

令和〇年**〇〇**月**〇〇**日

事業所名　　**〇〇〇〇〇〇事業所**

代表者（介護支援専門員）氏名　　**〇〇　〇〇**

この証明書は担当ケアマネジャーや相談支援専門員、サービスを利用している事業所の代表者が記入するものです。**担当ケアマネジャー等に記入を依頼してください。**

※介護サービスや障害福祉サービスを利用していない方は、長寿福祉課または障がい福祉課にご相談ください。

証明書（P9）の裏面です。

福島市在宅介護慰労手当受給資格チェックリスト

届出者（介護者）	住所	福島市五老内町3番1号　〇〇アパート△△△号室
	氏名	福島　花子　（男・女）

※要介護者の状態について、当てはまる項目について選択してください。

臨床の状況		☑ 起居動作が困難なため常時臨床している。 ☐ 日光浴等のための離床時間を除いて常時臨床している。
日常生活上の状況	食事	☑ 常時介護がなければ食事ができない。 ☐ 横になるか又は物にもたれなければ食事ができない。
	入浴	☑ 入浴ができないので常時拭くのみである。 ☐ 常時介護がなければ入浴できない。
	排せつ	☑ 常時おむつ又は便器を使用している。 ☐ 常時介護がなければ便所に行くことができない。
認知症等の状況		☐ 頻繁に徘徊を行う。（概ね週に１回以上） ☑ 頻繁に大声、奇声等をあげる。（概ね週に１回以上） ☐ 不潔行為、性的異常行為等を行う。 ☐ せん妄（幻覚と運動不穏）、妄想、興奮等の症状がでる。 ☐ 自傷、他害行為等を行う。 ☐ その他、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁にあり、常時介護が必要である。

臨床の状況について、どちらか当てはまる方に☑を入れてください。

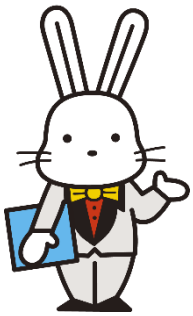
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）を判定する項目になります。
食事、入浴、排せつの状況について、どちらか当てはまる方に☑を入れてください。

認知症高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）を判定する項目になります。
当てはまるものに☑を入れてください。

福島市　確認欄	
確認日時	確認者
年　月　日	

このチェックリストは、**ご家族が記入するもの**です。
このチェックリストをもとに「寝たきり状態」の有無について判定をします。
記入が難しい場合は、担当のケアマネジャーや相談支援専門員等に相談の上、記入してください。

市ホームページはこちら▷



【届出窓口】

〒960-8601　福島市五老内町3番1号

福島市役所	長寿福祉課(要介護者が65歳以上の方)	☎:525-7656
〃	障がい福祉課(要介護者が20歳以上65歳未満の方)	☎:525-3796
〃	各支所・出張所	

※書類が揃っている場合は、郵送でも手続きができます。

新規登録の場合はパソコンからオンライン申請が可能です。
https://www.task-asp.net/cu/eg/lar072010.task?app=202300876