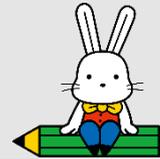


# 令和6年度版 在宅介護慰労手当の手引 (事業者用)



在宅介護慰労手当とは、寝たきり状態や重度認知症の方(要介護者)を、在宅で常時介護している介護者へ支給する手当です。

- **支給額** 年額 60,000 円(一括振込)  
※毎年審査があります。過年度分手当は支給できませんのでご了承ください。
- **対象者** 介護者及び要介護者が下記のすべてに該当する場合、対象となります。  
※福島市はり・きゅう・マッサージ等施術費の助成を受けている場合、対象外

介護者	①令和6年8月1日現在、本市に6か月以上住所を有し要介護者と生計同一の方
	②令和5年8月1日～令和6年7月31日までの間に、要介護者を6月以上在宅で介護している方 ※審査上、医療機関入院・施設入所・指定のサービス利用日数がひと月のうち16日以上となった月は、在宅介護期間に含めないものとします。(詳細は P4へ)
要介護者	①令和6年8月1日現在、本市に6か月以上住所を有している20歳以上の方
	②要介護4～5に相当する身体状況が6月以上 <sup>ろくつき</sup> にわたっており、今後もその状態が継続すると認められる方 ※要介護3以下の場合でも、担当ケアマネジャー等の証明により対象となる可能性があります。(身体状況の要件は P3、証明書の詳細は P6-7へ)

## ■ 申請方法

・書類の提出が必要となります。 ※対象者ごとに提出書類が異なります。

必須書類	①受給資格登録届 (P5参照)
	②支給に関する現況届 (P9参照)
	③介護者名義の通帳の写し
追加書類 (該当者のみ)	<b>受給資格登録届出用証明書 (P6-7参照)</b> <b>(要介護者が要介護3以下の場合のみ提出)</b> →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等へ作成をお願いしている書類です。
	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)
	※介護保険・障害福祉サービス以外で在宅介護の手が離れるサービスをお使いの場合は、別途必要書類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、実費で利用したサービス等)

- **申請期間** 令和6年8月1日(木)～令和7年1月31日(金)  
窓口:長寿福祉課(65歳以上)、障がい福祉課(20歳以上65歳未満)、各支所・出張所  
※書類が揃っている場合は、長寿福祉課・障がい福祉課へ郵送にて申請可能

## ■ 支給時期

- ・申請した期間により、振込予定時期が異なります。
- ・審査後、手当の支給・不支給決定通知を郵送します。(時期:支給予定日の約1週間前)

申請期間	振込予定時期
① 8月1日 ~ 8月31日	令和6年11月末
② 9月1日 ~ 10月31日	令和6年12月末
③ 11月1日 ~ 11月30日	令和7年 1月末
④ 12月1日 ~ 1月31日	令和7年 2月末

※提出書類に不備がある場合は、振込が遅れることがございます。

## ■ 手続きの流れ

- ①申請期間内に必要書類を提出 ※期間:令和6年8月1日(木)~令和7年1月31日(金)
- ②市より、審査の結果が郵送される (支給・不支給決定通知)
- ③支給が決定した場合、介護者口座へ手当振込  
→次年度以降は、毎年7月末に市より現況届が郵送されます。(受給資格登録は1回限り)

## ■ よくあるご質問

- Q.要介護者を複数名で介護している場合、誰に手当が支給されますか。  
A.主として介護している方が対象者要件を満たす場合、その介護者へ支給します。
- Q.令和6年8月1日時点で、要介護者が亡くなってしまった場合でも手当は支給されますか。  
A.介護者へ支給を行う制度のため、令和5年8月1日~令和6年7月31日までの間に要介護者を6月以上在宅で介護した期間があれば、支給対象になる可能性があります。  
また、本制度では要介護者が亡くなられた場合のご連絡、提出物は不要です。
- Q.生計同一とはどのような状況を指しますか。  
A.本制度上は、生活費に一体性があれば生計同一とみなします。  
(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やっている。
- Q.介護者の口座が変更になった場合は、どのように手続きすればよいですか。  
A.変更届及び新しい介護者名義通帳の写しが必要となります。  
要介護者が65歳以上の場合は長寿福祉課へ、20歳以上65歳未満の場合は障がい福祉課へご連絡ください。変更届の用紙を郵送します。  
※変更手続きがされていないと手当が支給できませんので、必ずご連絡ください。

## ■ 要介護者の身体状況 判断基準

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を、本制度上の寝たきり状態(要介護4～5相当)とみなします。

### 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

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るが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 ⇒受給資格登録届・支給に関する現況届の区分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 ⇒受給資格登録届・支給に関する現況届の区分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

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、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。 ⇒受給資格登録届・支給に関する現況届の区分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 ⇒受給資格登録届・支給に関する現況届の区分3

## ■ 在宅介護期間から利用日数を除く施設・サービス 一覧

下記の施設や指定のサービスを利用していた場合、その利用日数を在宅介護期間から除いた期間が6月以上ろくつきにわたるか審査します。下記に記載がないサービスは審査対象外です。(例:訪問入浴)

### ■ 施設

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

(利用日数は給付実績からシステムで集計します。)

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、手当の支給対象外となります。

## ■ 在宅介護期間の審査方法

審査上、下記のいずれかに該当する場合、そのひと月は在宅介護期間に含めないものとします。

- (1) 要介護者について、次に掲げる日数がひと月のうち16日以上あったとき  
・医療機関への入院日数 ・施設入所日数 ・指定のサービス利用日数
- (2) 指定のサービスを複数利用し、ひと月の利用日数の合計が16日以上あったとき
- (3) ひと月の医療機関入院・施設入所、指定のサービス利用日数の合計が16日以上あったとき

手当の受給資格登録に必要な書類です。来年度以降の提出は不要となります。

提出日をご記入ください。

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				
	フリガナ	フクシマ ハナコ			生年月日	大正 〇(昭和)・平成 △△年△△月△△日
	氏名	福島 花子 (男・〇(女))		生年月日	△△年△△月△△日	
	※市使用欄	記入不要				
	要介護者との関係	子の妻	※	寝たきりになった時期	令和△年△△月頃から	
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				
	フリガナ	フクシマ タロウ			生年月日	大正 〇(昭和)・平成 △△年△△月△△日
	氏名	福島 太郎 (〇(男)・女)		生年月日	△△年△△月△△日	
	※市使用欄	記入不要				
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	〇〇	本店	
	預金種別	① 普通	口座番号	0 0 1 2 3 4 5	支所 出張所	
	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、いずれかの口に☑を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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ご記入ください。

生計の状況が「2」の場合「生計同一関係に関する申立書」の提出が必要です。(申立書:P8参照)

介護を受けている方の情報をご記入ください。

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)

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。

■ 受給資格登録届出用証明書 記入例

要介護者が要介護度3以下の場合、提出が必要な書類です。(裏面はチェックリスト)

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等へ作成をお願いしております。

ケアマネジャー等の視点から、要介護者は本制度上の寝たきり状態(要介護4～5相当)ではないと判断された場合、手当の支給対象外となります。対象者要件を満たしていない旨を介護者へお伝えいただき、証明書の作成は不要となります。(寝たきり状態の判断基準はP3へ)

※要介護者が要介護3以下で、介護保険サービスや障害福祉サービスを利用していない場合は、長寿福祉課または障がい福祉課にご相談ください。

福島市在宅介護慰労手当受給資格登録届出用証明書			
要介護者について ご記入ください。	住所	福島市五老内町3番1号 ○○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
要介護者 最も当てはまる区分を 一つ選択し、数字を○ 印で囲んでください。 (区分:P3参照)	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。		
確認した日付、事業所名、担当者氏名を ご記入ください。(押印不要)			令和○年○月○日
事業所名		○○○○○○事業所	
代表者(介護支援専門員)氏名		○○ ○○	

このチェックリストは証明書(P6)の裏面で、介護者にご記入いただく書類です。  
 証明書と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。

**※記入の判断について介護者から相談があった際には、作成のご協力をお願いいたします。**

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 ○○アパート△△△号室	
	氏名	福島 花子	(男・ <input checked="" type="radio"/> 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。

各項目について、  
 当てはまるものに  
を入れてくだ  
 さい。

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

福島市 確認欄	
確認日時	確認者
年 月 日	

## ■ 生計同一関係に関する申立書 記入例

受給資格登録届で、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、提出が必要な書類です。介護者が要介護者と同居(※)している場合は提出不要です。

※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行っています。

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やっている。

要介護者の在宅介護状況についてご記入いただく書類です。受給資格登録後は、この書類を毎年7月末に市より郵送します。

審査要件:令和5年8月1日～令和6年7月31日までの間に、在宅介護が6<sup>ろくつき</sup>月以上行われたか

提出日をご記入ください。

令和〇年〇〇月〇〇日

福島市長  
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  
電話番号：△△△-△△△△-△△△  
※日中連絡のつく連絡先の記入をお願いします。

福島市在宅介護慰労手当支給に関する現況届

現在の状況について、下記のとおり届出します。

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○印で囲んでください。  
(区分:P3参照)

令和5年8月1日から令和6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。  
欄が足りない場合は、別紙にご記入ください。

※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:P4参照)

住所	福島市五老内町3番1号 〇〇アパート△△△号室		
	フリガナ	フクシマ タロウ	生年月日
氏名	福島 太郎 (男・女)	大正 (昭和・平成)	△△年△△月△△日
※市使用欄	記入不要	要介護度	要介護△ ※
要介護者 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5年 12月 20日～ 令和6年 1月 31日 病院・施設等の名称（ 介護老人保健施設〇〇〇 ） 令和6年 2月 1日～ 令和6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5年 8月 1日～ 令和5年 12月 19日 令和6年 5月 1日～ 令和6年 7月 31日		
サービスの利用状況			

令和5年8月1日～令和6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。

◎市ホームページ

(URL)

<https://x.gd/ryKBl>

二次元コード ▶



◎オンライン申請（新規申請のみ可能）

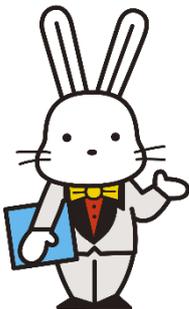
(URL)

<https://x.gd/JMotf>

二次元コード ▶



【届出窓口】 ※書類が揃っている場合は、郵送でも手続きが可能です



〒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	