

# 介護予防サービス計画作成委託料請求書

石垣市長 中山 義隆 殿

令和 4年 5月 6日

①宛名は上記の通りで  
お願いいたします。

※提出期限は**毎月5日**となっておりますが、  
5日が土日や祝祭日の場合は、翌開庁日に提出  
をお願いいたします。また、遅れる際はご連絡  
下さい。

住 所 石垣市字真栄里〇〇番地

名 称 ②会社、法人名等、**正式名称**での記入をお願い  
いたします。別添参照。

事業所番号 47〇〇〇〇〇〇〇〇〇

代表者 石垣 太郎

之 所 護 居  
印 〇 事 宅  
〇 業 介

下記のとおり請求します。

令和 4年 4月**分**

③先月利用分の請求になりますので、  
例) 〇月**分** または、  
〇月**提供分** との記載を  
お願いいたします。

④契約書で使用した印  
でお願いいたします。

金額 27,900 円

⑤加算のつけ忘れがないか等の金  
額の確認をお願いいたします。

	単 価	人 数	金 額
介護予防支援事業委託料(基本料金)	4,380 円	5 人	21,900 円
介護予防支援事業委託料(初回加算)	3,000 円	1 人	3,000 円
介護予防支援委託事業連携加算	3,000 円	1 人	3,000 円
合 計			27,900 円

## 振込口座記入

金融機関名	〇〇銀行 〇〇〇支店		
預 金 項 目	普通	口 座 番 号	〇〇〇〇〇
フリガナ 口座名義人	⑥金融機関、口座番号、口座名義名の変更がありましたら、任意の様式 で構いませんので「変更届」の提出をお願いいたします。		

※代表者や住所等の変更の場合、「指定介護予防支援事業業務委託契約に係る  
変更届」を提出して頂きます。



## 介護予防サービス利用状況報告書①

※ 利用停止、区分変更(申請日も)、通達事項等、その他、何か連絡があれば記入をお願いします。

- ・ 今回の請求実績が前月分実績と変更がある場合は、記載をお願いします。また、変更がない場合でも「**(変更) なし**」と記載し、提出をお願いします。
- ・ 利用状況報告書は、**介護予防サービス、介護予防ケアマネジメントをそれぞれ**提出をお願いします。
- ・ 月遅れ請求分は新たに請求書を作成し、**月遅れ分**の請求書の提出をお願いします。
- ・ 通所型サービス・訪問型サービス新規利用に伴い契約された場合は、日付が記載されたページの写しの提出をお願いします。
- ・ 訪問型サービスの生活機能向上評価加算については、実績と共に、**評価表の写し**の提出をお願いします。

### 記入例)

- 石垣 花子様 **新規** 通所型サービス2 4/5より日割り  
予防福祉用具 4/5より利用
- 山田 太郎様 先月新規により、今月は月額
- 山田 花子様 ○○居宅支援事業より居宅変更(4/15より)
- 鈴木 太郎様 福祉用具追加 予防歩行器 4/18より利用 125単位
- 鈴木 花子様 短期入所利用(4/5~4/7)あり

## 介護予防サービス利用状況報告書②

令和4年4月分

※ 入浴加算: サービス提供事業所の計画書に位置づけがされているか確認して下さい。

※ 生活機能向上評価加算: 評価表の提出があるか確認して下さい。

	利用者氏名	サービス提供事業所名	通所介護計画書/入浴加算	生活機能向上評価加算	
				1回目	2回目
例	石垣 花子	〇〇〇デイサービス	○	1回目	2回目
例	山田 太郎	〇〇訪問介護		(1回目)	2回目
1				1回目	2回目
2				1回目	2回目
3				1回目	2回目
4				1回目	2回目
5				1回目	2回目
6				1回目	2回目
7				1回目	2回目
8				1回目	2回目
9				1回目	2回目
10				1回目	2回目
11				1回目	2回目
12				1回目	2回目
13				1回目	2回目
14				1回目	2回目
15				1回目	2回目
16				1回目	2回目
17				1回目	2回目
18				1回目	2回目
19				1回目	2回目
20				1回目	2回目

(元号) 年 月 日

石垣市長 中山 義隆 殿

住所 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

指定介護予防支援事業業務委託契約に係る変更届

(元号) 年 月 日契約の指定介護予防支援事業業務委託契約事項に変更がありますので、下記のとおり届け出ます。

記

変更事項 ※該当にチェック				
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 名称	<input type="checkbox"/> 事業所番号	<input type="checkbox"/> 代表者	<input type="checkbox"/> 印鑑
変更内容 ※変更事項のみ記載または、押印。				
変更前	住所			印鑑
	名称			
	事業所番号			
	代表者			
変更後	住所			印鑑
	名称			
	事業所番号			
	代表者			
変更年月日	(元号) 年 月 日			

石垣市長 中山 義隆

市長宛

令和〇年〇月〇日

文書作成日

事業所名 印

代表者名

振込口座の変更に関するお知らせ

題名

(例)

令和〇年〇月〇日付けで、振込先口座が変更になりましたのでお知らせいたします。

・旧 ○〇銀行 ○〇支店 普通 口座番号〇〇〇〇〇〇〇〇  
ふりがな  
口座名義 ○〇〇 ○〇〇

・新 △△銀行 △△支店 普通 口座番号△△△△△△△△  
ふりがな  
口座名義 △△△ △△△

## 令和4年度 介護予防支援業務委託事業所一覧

番号	法人名	事業所名
1	(有)福祉ネットワーク・やえやま	あかゆら居宅介護支援事業所
2	医療法人緑の会	石垣ケアプランセンター
3	合同会社 潮	うしおマネジメント
4	公益社団法人 沖縄県看護協会	居宅介護支援事業所 うりずん
5	(株)アカハチ	ケアプランセンター大浜1番地
6	GOAT合同会社	カエル計画社
7	社会福祉法人沖縄県社会福祉事業団	八重山厚生園指定居宅介護支援事業所
8	社会福祉法人綾羽福祉会	ケアプランセンター茶寿苑
9	社会福祉法人 希望ヶ丘	ケアプランセンターてふてふ
10	医療法人 徳洲会	石垣島徳洲会病院居宅介護支援事業所
11	社会福祉法人沖縄松楓会	なごみの里ケアプランセンター
12	合同会社HARU	ハートケア花水木
13	合同会社ワイドー	ふたば介護サービス
14	医療法人 上善会	ケアプラン星の里
15	(株)ケアセンターむつみ	ケアセンターむつみ
16	(有)ゆいケアサービス	ゆいケアサービス指定居宅介護支援事業所
17	合同会社 朝	ケアプランあさ
18	社会福祉法人 晶貴会	加治木望岳園居宅介護支援センター
19	株式会社 仁濟	【株】仁濟ケアプランセンター品川
20	社会福祉法人 明和会	良長園居宅介護支援事業所
21	ワンダフルサポート(株)	ワンダフルサポート居宅介護支援事業所
22	合同会社LinkuUp	指定居宅介護支援事業所OneLinku
23		
24		

## 【別紙②】

### 介護予防・日常生活支援総合事業 (通所介護相当サービス・訪問介護相当サービス) の取り扱い

石垣市において、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）の開始以来、介護予防通所介護相当サービス、介護予防訪問介護相当サービスは月額包括報酬（定額制）としてきましたが、令和4年度より、「ニーズに応じた報酬設定」及び「利用者負担への配慮」の観点から、1回あたりの単価設定による報酬も用いることとし、事業対象者を要支援1相当のサービス内容とします。

また、利用者の状態像や環境に応じた支援が提供できる体制構築として、市独自のサービス報酬単価を新設します。

#### I 通所型サービス

##### 1. 市独自のサービス報酬単価（新設）

現在、月額包括報酬に入浴や送迎も含まれていますが、本市では独居や住環境の問題から、入浴支援を必要としている利用者も多く、通所事業所での入浴ニーズが高くなっています。利用者のニーズにあった支援がスムーズに受けられるように、また事業所側の負担も考え、市独自のサービス報酬単価を新設します。

##### 2. 区分と単位数（新設、変更のみ掲載）

支給区分	対象	単位数	サービスコード
通所型 独自サービス 1	要支援 1	<b>384</b> 単位/回	<b>A61113</b>
	事業対象者	1,672 単位/月 ※1月の提供回数が <u>4回以上</u> の場合	A61111
通所型 独自サービス 2	要支援 2	<b>395</b> 単位/回	<b>A61123</b>
		3,428 単位/月 ※1月の提供回数が <u>8回以上</u> の場合	A61121
通所型 独自サービス 入浴介助加算	要支援 1 要支援 2 事業対象者	<b>34</b> 単位/回	<b>A71001</b>

※実績に応じてサービスコードがかわります。

※変更箇所は、青字で記載しております。



## II 訪問型サービス

### 1. 市独自のサービス報酬単価（新設）

令和3年4月の介護報酬改定でも自立生活支援・重度化防止に取り組みが推進されていますが、本市でも自立支援に取り組まれている事業所に対し、市独自のサービス報酬単価を新設します。

### 2. 区分と単位数（新設、変更のみ掲載）

支給区分	対象	単位数	サービスコード
訪問型 独自サービスⅠ (週に1回)	事業対象者	268 単位/回	A22411
	要支援1	1,176 単位/月	A21111
	要支援2	※1月の提供回数が <u>4回以上</u> の場合	
訪問型 独自サービスⅡ (週に2回)	事業対象者	272 単位/回	A22511
	要支援1	2,349 単位/月	A21211
	要支援2	※1月の提供回数が <u>8回以上</u> の場合	
訪問型 独自サービスⅢ (週に3回)	要支援2	287 単位/回	A22621
		3,727 単位/月 ※1月の提供回数が <u>12回以上</u> の場合	A21321
訪問型 独自サービス 生活機能向上評価加算	事業対象者 要支援1 要支援2	50 単位/月 ※年度で2回まで算定可	A31001

※実績に応じてサービスコードが変わります。

※変更箇所は、青字で記載しております。

# 記入例

訪問型サービス

## 評価表

作成年月日 4年 4月 1日 (初回)・2回 (初回評価月 年 月)

評価日 4年 9月 20日 評価者氏名 サービス提供責任者名

利用者名	〇〇〇〇	性別	男・女	生年月日	S●●●●年●●●●月●●●●日	介護度	要支援1・要支援2・ <b>要支援2</b> ・ <b>事業対象者</b>
訪問介護事業所名	<input type="checkbox"/> 訪問介護事業所		担当居宅介護支援事業所名		☆☆居宅介護支援事業所 (担当ケアマネ氏名)		

本人が出来そうなこと	調理の中で野菜を切ったりすること。
本人の希望	体調も良くないし、足も痛くて長く立つことができないから、何もできないよ。
解決すべき課題	本人の意欲がでるように声掛けし、座った状態で一緒に活動ができるように環境を見直す。

目標	評価期間	評価	評価理由	今後の目標の見直し	
				必要性	変更内容
1 野菜を切る	令和4年4月1日 ～ 令和4年9月30日	1. 達成 2. <b>一部達成</b> 3. 未達成	椅子を用意し環境を整えたが、当初は声掛けしても一緒に活動してくれなかった。先月ぐらいから体調がいい時は、座った状態で野菜を切ったりと一緒に活動するようになった。	1. あり 2. <b>なし</b>	
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	1. 達成 2. 一部達成 3. 未達成		1. あり 2. なし	

目標の評価に対する説明を受け、その内容を確認しました。

4年 9月 21日 利用者氏名

〇〇〇〇

評価日 年 月 日 評価者氏名

利用者名	性別	男・女	生年月日	年 月 日	介護度	要支援1・要支援2・事業対象者
訪問介護事業所名	担当居宅介護支援事業所名 ( )					

本人が出来そうなこと
本人の希望
解決すべき課題

目標	評価期間	評価	評価理由	今後の目標の見直し	
				必要性	変更内容
1	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	1. 達成 2. 一部達成 3. 未達成		1. あり 2. なし	
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	1. 達成 2. 一部達成 3. 未達成		1. あり 2. なし	

目標の評価に対する説明を受け、その内容を確認しました。

年 月 日 利用者氏名