

松本市ナイトケア利用料金助成事業について

1 事業内容

(1) 概要

要介護（要支援・事業対象者）認定者が、身近なデイサービスセンター等におけるナイトケア（いわゆるお泊りデイ）を利用した場合にその利用料金の一部を助成することで、日頃から精神的・肉体的負担を感じておられる介護者等の休息の機会をとりやすくし、もって介護への意欲を高めていただくことを目的とするもの

(2) 内容

ア デイサービスセンター等で行うナイトケアを利用した場合の利用料金助成

イ 助成額及び助成回数

10分の7助成（7,000円を限度）

年間12泊以内（ただし、ひと月あたりの助成対象回数の限度は3泊とする）

ウ 助成対象者

要介護（要支援・事業対象者）認定者のうち、申請のあった方

(3) 助成券利用対象事業所

市内の指定通所介護等事業者で、市が定める要件を満たすナイトケア事業を実施する事業所

2 助成券利用対象事業所の要件

次のいずれの要件も満たす事業所とする。

(1) ナイトケアを実施する市内の指定通所介護事業者及び指定通所リハビリテーション事業者、指定地域密着型通所介護事業者、指定認知症対応型通所介護事業者

(2) 実施するナイトケアの内容

ア 時 間

デイサービス（デイケア）終了時から翌日のデイサービス（デイケア）開始相当時まで

イ 提供サービス

（ア） 利用者の介護、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等の日常生活上の世話

（イ） 夕食の提供

（ウ） 朝食の提供

(3) 実施体制

「指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針について（平成27年4月30日付け老振発第0430第1号・老老発第0430第1号・老推発第0430第1号）」に基づいて運営されていること。

(4) 助成額の扱い

事業者が利用者から徴収する利用料は当該助成額を控除した金額とし、当該助成額については、市から事業者への支払となることを了解いただけること

(5) 松本市ナイトケア利用料金助成事業助成対照事業所登録申請書の提出のあった事業所

※登録申請書は、別紙のとおり

3 助成金の請求方法

助成金については、助成対象事業者が次の書類を添えて市へ請求するものとする。

- (1) 当該事業実施の利用者への請求明細
- (2) 当該利用時の領収書の写し
- (3) 事業実施報告書（別紙参照）
- (4) 市への請求書
- (5) ナイトケア利用料金助成券（市から利用者へ交付します）

松本市ナイトケア利用料金助成事業助成対象事業所登録申請書

年 月 日

(あて先) 松本市長

申請者 住 所

名 称

印

代表者氏名

電話番号

松本市ナイトケア利用料金助成事業における助成対象事業所として認定していただきたく、申請いたします。

ナイトケア事業の実施内容等

実施施設	所在地	
	名称	
	電話番号	
管理責任者	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
開始時期		年 月 日
実施日及び時間		
職員配置体制		
使用する部屋の設備・状況等 ※平面図を添付		
生活相談員・看護職員との 連携方法		
緊急時の避難経路		
緊急時の避難方法		
緊急時の生活相談員・看護職員との連携方法		
提供サービス内容		
夕食提供の実施方法		
朝食提供の実施方法		
料金体系 ※資料の添付でも結構です		
助成額の扱い		利用料については助成額分を控除した金額の徴収とし、助成額分は当事業者から市に所定の書類を添えて請求することについて 同意する 同意しない (該当に○印)
備 考		

松本市ナイトケア利用料金助成事業実施報告書

年 月 日

(あて先) 松本市長

住 所

名 称

印

代表者氏名

電 話 番 号

次のとおり松本市ナイトケア利用料金助成事業の受給資格者に係るナイトケアを実施いたしましたので、報告いたします。

受給資格者	被保険者番号	
	住 所	松本市
	氏 名	
実 施 施 設	所 在 地	
	名 称	
	電 話 番 号	
実 施 日	年 月 日 時 ～ 年 月 日 時	
対応職員数	名	
対応職員氏名		
提供サービス内容		
請 求 金 額 (請求明細添付)		
領 収 金 額 (領収書の写し添付)		
受給資格者の 利用時の状況		
特 記 事 項		
備 考		