

介護保険サービスの利用について

○被爆者健康手帳をお持ちの方が、介護保険サービスのうち、次のサービスを利用した場合、利用時の自己負担なしにサービスが利用できます（現物給付）。ただし、訪問介護・介護予防訪問介護については、被爆者の方の生計中心者が所得税非課税の場合に限ります。

○食費、居住費、おむつ代などの介護保険対象外の経費は対象となりません。

○老人福祉法の養護老人ホーム・特別養護老人ホームの措置入所負担に対する助成もあります。申請書に領収証を添えて県へ申請して下さい（償還払い）。

医療系サービス 【医療機関で医療を受けた場合と同じ取り扱いです。】

助 成 の 種 類	助 成 額	助成方法について(原則:現物給付)
訪 問 看 護 介 護 予 防 訪 問 看 護	自己負担(1～3割)を助成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者「被爆者健康手帳」と「介護保険被保険者証」を提示してサービスを受けてください。(現物給付) ・ 被爆者一般疾病医療機関の指定を受けている事業者であることが必要です。 ・ 被爆者健康手帳を提示しなかった、被爆者一般疾病医療機関の指定を受けていない事業者であった等の理由で現物給付を受けられなかった場合は、後から県に請求することができます。
訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション		
居 宅 療 養 管 理 指 導 介護予防居宅療養管理指導		
通 所 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 介護予防通所リハビリテーション		
短 期 入 所 療 養 介 護 介護予防短期入所療養介護		
介 護 老 人 保 健 施 設		
介 護 療 養 型 医 療 施 設 介 護 医 療 院		

＜お問い合わせ・提出先＞ 香川県保健福祉総務課 被爆者援護担当
〒760-8570 高松市番町四丁目1番10号
TEL 087-832-3260(直通)

(裏面に続く)

福祉系サービス 【医療系サービスとは異なる取り扱いとなります。】

助 成 の 種 類	助 成 額	助成方法について(原則:現物給付)
訪 問 介 護 介 護 予 防 訪 問 介 護 第1号訪問事業<サービス種類コード A1 及び A2 に限る。>	低所得者のみ※1 自己負担(1～3割)を助成	事業者に「被爆者健康手帳」、「介護保険被保険者証」および 低所得者であることを証する書類(※2) を提示してサービスを受けてください。(現物給付) ※被爆者健康手帳を提示しなかった等の理由で現物給付を受けられなかった場合は、後から県に請求することができます。
通 所 介 護 地 域 密 着 型 通 所 介 護 介 護 予 防 通 所 介 護 第1号通所事業<サービス種類コード A5 及び A6 に限る。>	自己負担(1～3割)を助成	事業者には被爆者手帳と介護保険被保険者証を提示してサービスを受けてください。(現物給付) ※被爆者健康手帳を提示しなかった等の理由で現物給付を受けられなかった場合は、後から県に請求することができます。
短 期 入 所 生 活 介 護 介 護 予 防 短 期 入 所 生 活 介 護		
認 知 症 対 応 型 通 所 介 護 介 護 予 防 認 知 症 対 応 型 通 所 介 護		
地 域 密 着 型 介 護 老 人 福 祉 施 設 入 所 者 生 活 介 護		
小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護 介 護 予 防 小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護		
定 期 巡 回 ・ 随 時 対 応 型 訪 問 介 護 看 護		
複 合 型 サ ー ビ ス (看護小規模多機能型居宅介護)		
介 護 老 人 福 祉 施 設 入 所		
認 知 症 対 応 型 共 同 生 活 介 護 介 護 予 防 認 知 症 対 応 型 共 同 生 活 介 護		

※1 低所得者とは、被爆者の属する世帯の生計中心者が所得税非課税（生活保護受給世帯を含みます。また、19歳未満の扶養親族がいる方は、平成 22年度税制改正における年少扶養控除等の廃止前の税額で認定します。）の場合をいいます。

※2 低所得者であることを証する書類について

- 「訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証」 → 県が申請に基づき発行します。

*認定されれば申請日のあった日の属する月の初日から適用になります。**既に訪問介護を受けている場合は、お早めに申請して下さい。**

<申請書類>

- | | |
|------------------------------|--|
| ①訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定申請書 | ④源泉徴収票の写し又は確定申告(本人控え等)
上記が提出できない場合は、市町民税・県民税所得課税証明書 |
| ②介護保険の要介護認定等通知書の写し | ⑤生活保護世帯の場合は生活保護受給証明書 |
| ③住民票(世帯全員の記載があるもの)及び健康保険証の写し | |