

住所地特例について

資料 3

住所地特例について(1)

●住所地特例とは

介護保険の保険者は、原則、被保険者が住所を有する市町村となります。（尾道市在住であれば尾道市が保険者となります。）

しかし、被保険者が他市町村の住所地特例の対象となる施設に入所して、施設所在地に住所を変更した場合（施設に転出した場合）には、施設が所在する市町村ではなく、住所変更前の市町村が引き続き保険者となります。

このことを住所地特例対象施設に入所又は入居中の被保険者の特例、いわゆる住所地特例といい、住所地特例の適用を受けている被保険者を住所地特例者といいます。

住所地特例について(2)

●住所地特例の対象となる施設

住所地特例の対象となる施設は次のとおりです。

- ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ・介護老人保健施設（老人保健施設）
- ・介護療養型医療施設（療養病床等）
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム（ケアハウス等）
- ・有料老人ホーム（介護付・住宅型含む）
（有料老人ホームの中にサービス付き高齢者向け住宅も含まれます。）

※サービス付き高齢者向け住宅のうち、介護、食事の提供、洗濯・掃除等の家事、健康管理の少なくともいずれかを提供している場合となります。ただし、介護専用型特定施設のうち、入居定員が29人以下であるもの（地域密着型特定施設）は対象外となります。

※地域密着型の施設（認知症対応型共同生活介護（グループホーム）・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）は、対象外です。

住所地特例について(3)

●住所地特例に係る手続き

1 住所地特例の届出

被保険者は住所地特例施設に係る異動があった場合、保険者である市町村に介護保険住所地特例の適用・変更・終了の届け出ます。

①介護保険住所地特例適用届（住所地特例の開始）

住所地特例者ではない被保険者が、他市町村の住所地特例施設に住所を変更した場合は、住所地特例適用の届出を行います。

②介護保険住所地特例変更届

住所地特例者が、別の住所地特例施設に住所を変更した場合は、住所地特例変更の届出を行います。（住所地特例施設から住所地特例施設に住所を変更した場合は、住所地特例が継続し、保険者は変更されません。）

③介護保険住所地特例終了届

住所地特例となっている施設から一般住宅（住所地特例ではない住所）又は保険者の市町村の住所に住所を変更した、あるいは死亡等により施設を退所し住所地特例が終了した場合は、住所地特例終了の届出を行います。

住所地特例について(4)

●住所地特例に係る手続き

2 住所地特例の連絡

住所地特例施設は次のとおり住所地特例者に係る異動があった場合、施設が所在する市町村に入所あるいは退所の連絡票の提出が必要です。（連絡票の提出を受けた市町村は、保険者である市町村に、住所地特例の通知を行います。）

①介護保険住所地特例入所連絡票

被保険者が住所地特例施設に入所した場合は、介護保険住所地特例施設入所連絡票を提出します。

②介護保険住所地特例施設退所連絡票

住所地特例者が施設を退所した場合は、介護保険住所地特例施設退所連絡票を提出します。

住所地特例について(5)

●住所地特例に係る手続き

3 住所地特例者の介護保険被保険者証等の交付

住所地特例者の介護保険被保険者証等については、住所地特例の届出と住所地特例の通知が両方揃ってから交付の手続きを行いますので、住所地特例の届出と住所地特例の通知（住所地特例施設からの連絡が必要）の両方が行われなければ、保険者の市町村は住所地特例の適用の可否を判断できないため、住所変更後の介護保険被保険者証等を交付できません。

住所地特例の届出については、被保険者が転出の手続き等の際に届け出る場合が多く、手続きの漏れが少ないのですが、住所地特例施設からの連絡については異動があった後も連絡がない場合が多くあります。

住所地特例の適用は、国保連への請求にも関わりますので、住所地特例に係る異動があった場合は、速やかに届出及び連絡票の提出をお願いします。

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

尾道市長 様

次のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届出ます。

*上記(適用・変更・終了)より該当するものに○をつける。

在宅→施設:適用 施設→施設:変更 施設→在宅:終了

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名			本人との関係
届出人住所	〒 電話番号		

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ												
	氏 名											生年月日	明・大・昭 年 月 日

世 帯 主	氏 名		被保険者との続柄		生年月日	明・大・昭 年 月 日

異 動 前 情 報	従 前 の 住 所	〒 電話番号											
	* 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと												
	施 設	名 称											
		退所年月日	年 月 日										

異 動 後 情 報	現 住 所	〒 電話番号											
	* 異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと												
	施 設	名 称											
		入所年月日	年 月 日										

番 号	有 無
身元確認	済 未
1	個力・免・パ・障・ケ
2	保・年・介()
代理権	有 無

(別紙)

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

尾道市長 様

(施設名)

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。

を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名	生年月日	年 月 日	
	入所前住所	〒		
	退所後住所 ※1	〒		
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他		

※1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名 ※2		保険者番号							
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

※2 保険者となる市町村名を記載

施 設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	〒