

今治市介護用品支給事業 請求事務要領



令和4年度作成
今治市 介護保険課

【事業概要】

要介護度が中・重程度の高齢者を在宅で介護している介護者（以下、「利用者」という）を対象に、特定の介護用品の購入費用を今治市が助成する事業です。利用者に「介護用品券」を支給し、登録事業者で介護用品の購入する際にお使いいただきます。

【対象品目】

- (1) 紙おむつ・尿取りパッド
- (2) ドライシャンプー
- (3) 清拭剤（からだ拭き）（液体・泡・シートなど）
- (4) 使い捨て手袋
- (5) 使い捨て介護用シーツ

※介護用品・衛生用品・医療用品として販売されているものに限りません。

※介護用品であっても、上記5品目に当てはまらないものは対象外です。

（詳しくは裏面をご覧ください）

【利用方法】

- 介護用品券と引換えに介護用品をお渡しください。
- 介護用品券は1枚につき限度額2,000円または4,000円です。（券に記載されています。）
- 介護用品券に記載された限度額を超過する代金は、利用者負担となります。
- 代金が介護用品券に記載された限度額を下回る場合は、おつりを出す必要はありません。
- 一度に複数枚使用できます。
- 利用者より注文があれば、購入品目、数量、お渡し方法等、利用者と打合せのうえ、お渡しください。

【請求方法】（詳しくは記入要領をご覧ください。）

- 介護用品券の裏面は事業者が記入してください。
- 事業者名、受領年月日、合計額等、必要事項を記入してください。
- 請求は1月分をまとめて、翌月10日頃までに行ってください。
- 請求書に介護用品券を添えて介護保険課へ提出してください。
- 請求書の様式は、市の様式（1または2）をご利用ください。
- 請求書には、事業者の住所、事業者名、代表者氏名、請求書の作成担当者氏名、担当者連絡先の記入をお願いします。
- 請求金額と介護用品券の合計は必ず一致させたくうえで、請求をお願いします。
- 請求前に「請求事務チェックシート」の実施をお願いします。

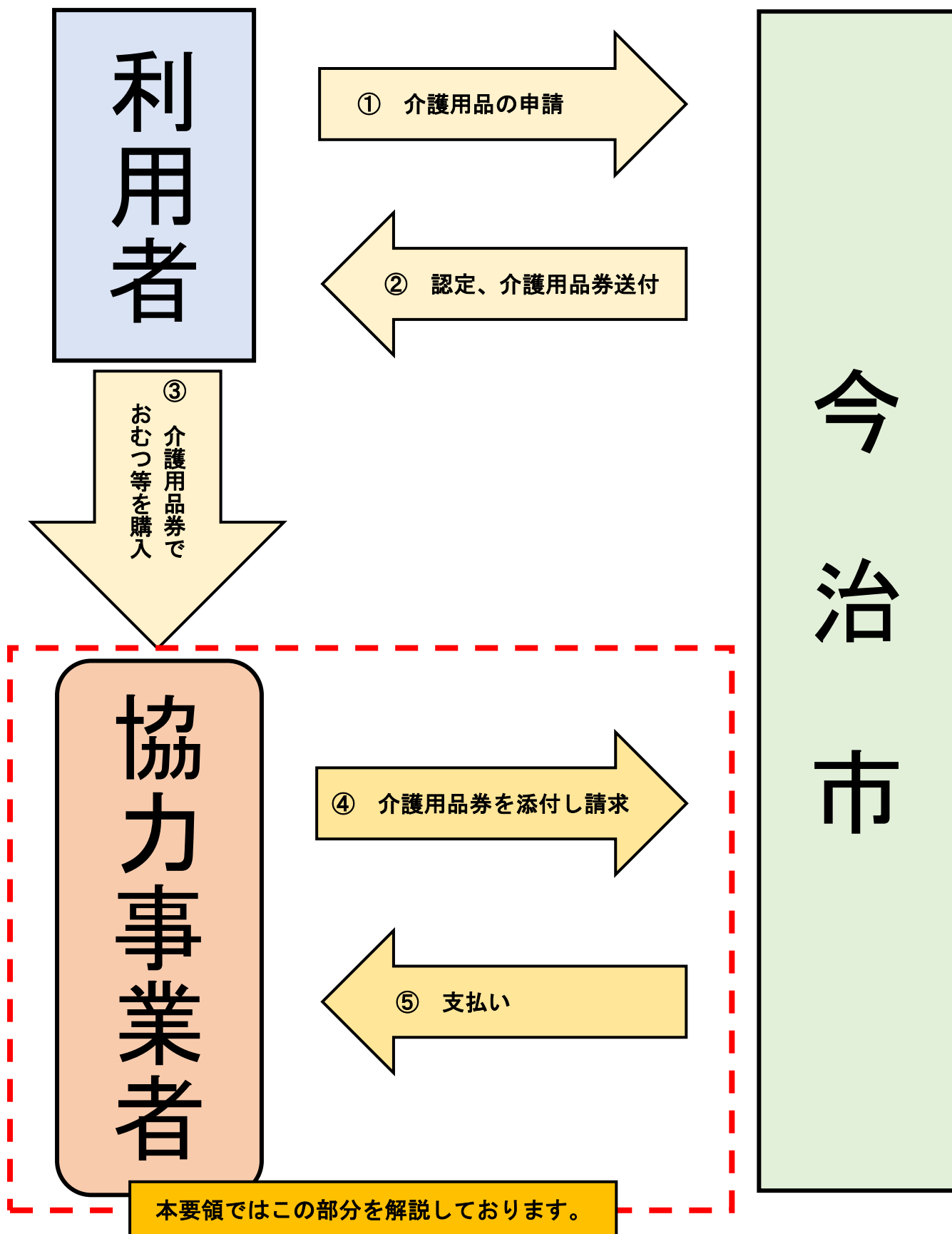
今治市介護用品支給事業

対象商品・対象外商品（例）一覧

対象となる商品と、間違いやすい対象外商品の例です。ご確認いただきますよう、お願いいたします。

対象商品	対象外商品（例）
<p>(1) 紙おむつ 介護用紙おむつ 尿取りパッド</p> <p>(2) ドライシャンプー</p> <p>(3) 清拭剤 介護用使い捨てぬれタオル からだ拭き おしり拭き (泡、液体、スプレーなど)</p> <p>(4) 使い捨て手袋 プラスチックグローブ 薄手の使い捨て手袋 おむつ交換用手袋</p> <p>(5) 使い捨て介護用シーツ</p> <p>※いずれも介護用品・衛生用品・医療用品として販売されているものに限りです。 (容器に介護用と記載されているか、介護用品のカタログに掲載されているもの)</p>	<p>ポータブルトイレ関連用品</p> <p>おむつ用ゴミ袋（消臭袋） 消臭剤・消臭用品 消毒薬（消毒用アルコール） 除菌スプレー</p> <p>せっけん、シャンプー ウェットティッシュ 汗拭きシート（一般用） 洗浄綿</p> <p>家事用ゴム手袋 軍手</p> <p>シーツ(使い捨てでないもの、介護用でないもの) その他寝具</p> <p>介護食品 口腔ケア用品（スポンジ歯ブラシなど） 介護用エプロン、衣類 介護用食器</p>

介護用品請求までの流れ



請求様式完成イメージ

レシートを添付する場合

請求書

(様式1) 令和 4年 6月 1日

請求書

(宛先) 今治市長

請求者 愛媛県今治市別荘町1丁目4-1.
株式会社 ○○○○
代表取締役 今治 太郎
担当者 経理係 経理担当 しまなみ 花子
0999-00-0000

金額 50,000円

ただし、令和4年5月分介護用品代金として上記の金額を請求します。

請求内容	決定番号	氏名	受領年月日	金額(円)
	○○○○	今治 太郎	令和 ○年 ○月 ○日	10,000円
	○○○○	今治 三郎	令和 ○年 ○月 ○日	20,000円
	○○○○	今治 四郎	令和 ○年 ○月 ○日	20,000円
			令和 年 月 日	
			令和 年 月 日	
			令和 年 月 日	

(振込先)

金融機関・支店名	普通	口座番号	口座名義(ヨミガナ)
〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	〇	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	株式会社 ○○○○ 代表取締役 今治 太郎 (加)特付(印) ○○○○ ご住所(別紙) (印) 〇

介護用品券 (レシート添付)

令和 ○年度 介護用品券 No. 1

決定番号 福高用 第○○○○号

利用者氏名 今治 太郎

限度額 2,000円

有効期限 令和○年3月31日

受領年月日 令和 4年 5月 10日

事業者名 ○○薬局
○○支店

品目

受領内訳

品目	単価	数量	金額
〇〇薬局 〇〇支店 0898-00-0000 領収書 〇〇年〇月〇日(月) 10:00 ・しっかりおむつ 1点 ¥1,500 ・介護用おしり拭き 2点 ¥1,000 ・使い捨て手袋(50枚入) 2点 ¥2,000 小計 5点 ¥4,500 (内消費税 ¥○○○)			

合計 ¥4,500
お預り ¥5,000
お釣り ¥500

自己負担 △500円
合計 4,000円

※事業者様へ★
レシートを添付する場合でも「受領年月日」「事業者名」「自己負担」「合計」の欄は必ず記入してください。
介護用品券が複数枚使用されたときは、2枚目以降の「合計」の箇所レシートが添付されている券のNo.を記入してください。



レシートを添付しない場合

請求書

(様式1) 令和 4年 6月 1日

請求書

(宛先) 今治市長

請求者 愛媛県今治市別荘町1丁目4-1.
株式会社 ○○○○
代表取締役 今治 太郎
担当者 経理係 経理担当 しまなみ 花子
0999-00-0000

金額 50,000円

ただし、令和4年5月分介護用品代金として上記の金額を請求します。

請求内容	決定番号	氏名	受領年月日	金額(円)
	○○○○	今治 太郎	令和 ○年 ○月 ○日	10,000円
	○○○○	今治 三郎	令和 ○年 ○月 ○日	20,000円
	○○○○	今治 四郎	令和 ○年 ○月 ○日	20,000円
			令和 年 月 日	
			令和 年 月 日	
			令和 年 月 日	

(振込先)

金融機関・支店名	普通	口座番号	口座名義(ヨミガナ)
〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	〇	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	株式会社 ○○○○ 代表取締役 今治 太郎 (加)特付(印) ○○○○ ご住所(別紙) (印) 〇

介護用品券 (手書き)

令和 ○年度 介護用品券 No. 1

決定番号 福高用 第○○○○号

利用者氏名 今治 太郎

限度額 2,000円

有効期限 令和○年3月31日

受領年月日 令和 4年 6月 10日

事業者名 ○○薬局
○○支店

品目

受領内訳

品目	単価	数量	金額
しっかりおむつ	1,500円	1	1,500円
介護用おしり拭き	1,000円	1	1,000円
使い捨て手袋 (50枚入)	1,000円	2	2,000円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
自己負担			△500円
合計			4,000円

※事業者様へ★
レシートを添付する場合でも「受領年月日」「事業者名」「合計」の欄は必ず記入してください。
介護用品券が複数枚使用された場合、2枚目以降にも「受領年月日」「事業者名」を記入し、「合計」の箇所には合計金額が記載されている券のNo.を記入してください。



請求書記入例

(様式1)

令和 3年 5月 1日

請求書

(宛先) 今治市長

請求者 愛媛県今治市別宮町1丁目4-1
株式会社 ○○○○
代表取締役 今治 太郎
担当者 経理係 経理担当 しまなみ 花子
0898-○○-○○○○

金額 50,000円

ただし、令和3年4月分介護用品代金として上記の金額を請求します。

請求内訳

決定番号	氏名	受領年月日	金額(円)
○○○○	今治 次郎	令和 ○年 ○月 ○日	10,000円
○○○○	今治 三郎	令和 ○年 ○月 ○日	20,000円
○○○○	今治 四郎	令和 ○年 ○月 ○日	20,000円
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	

[振込先]

金融機関・支店名	口座番号	口座名義(ヨミガナ)
○○○○ 銀行 信金 ○○ 本店 農協 支店	普通 当座 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	株式会社 ○○○○ 代表取締役 今治 太郎 (カブシキガイシャ ○○○○ ダイエツトリシヤク イマリ タウ)

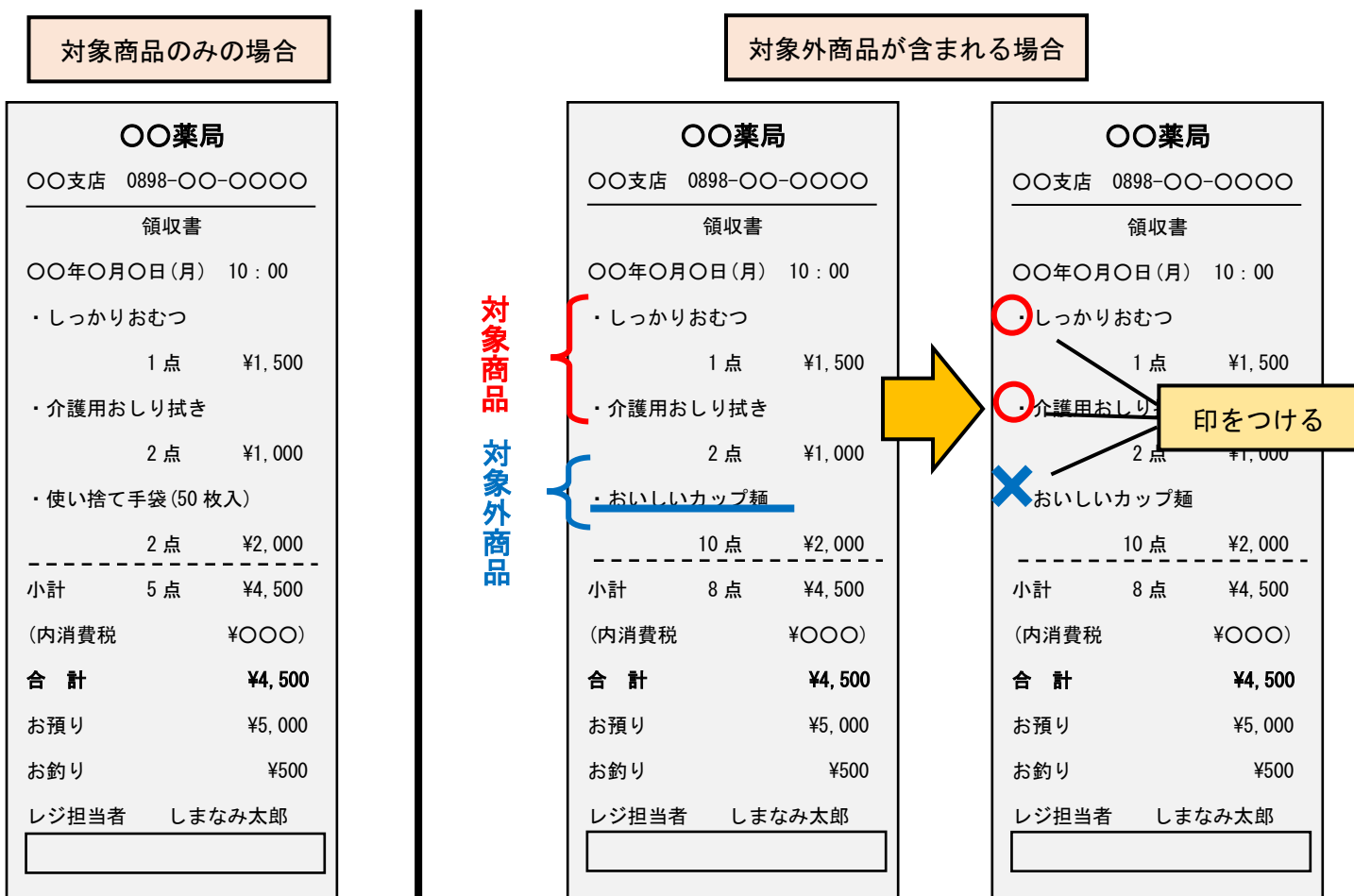
介護用品券記入要領

令和4年度から、介護用品券の様式を横長から縦長に変更いたしました。あわせて、事業者皆様の業務効率化を目的とし、手書きでの記入又は、レシート添付のどちらかの方法での請求を選択可能としました。選択した請求方法を事業者内で統一していただき、請求時に手書きの券とレシート添付の券が混在することのないようお願いいたします。

レシートを添付する場合

手順1 レシートの内容の確認をする

対象外商品が混在したレシートになっていないか確認をしてください。やむを得ず、対象外商品が含まれるレシートを添付する場合は、対象商品がわかるようにレシートへ必ず印をつけてください。



利用者が限度額 4,000 円の介護用品券をお持ちの場合

対象商品購入金額	4,500円
介護用品券限度額	4,000円
自己負担額	500円

対象商品購入金額	3,500円
介護用品券限度額	4,000円

※限度額を購入金額が下回るため別の商品を追加で購入してもらうか、そのまま券を使用してもらうか選択していただく。

手順2 必要箇所を記入

レシートを添付する場合でも以下の項目は必ず記入してください。

- ・受領年月日
- ・事業者名
- ・合計額（券の限度額か限度額以下の利用金額）

※上記項目が未記入だと介護用品券からレシートがはがれてしまった際に突合が困難となりますので必ず記入してください。

※券が複数枚使用された場合、2枚目以降にも

「受領年月日」「事業者名」は1枚目と同様に記入し、「合計」の箇所には合計金額が記載されている券のNo. を記入してください。

令和〇年度 介護用品券 No. 1	
決定番号	福高用第〇〇〇〇号
利用者氏名	今治 太郎
限度額	2,000円
有効期限	令和〇年3月31日
受領年月日	令和4年5月10日
事業者名	〇〇薬局 〇〇支店
品目	
受領内訳	
自己負担	△500円
合計	4,000円

〇〇薬局
〇〇支店 0898-〇〇-〇〇〇〇
領収書
〇〇年〇月〇日(月) 10:00
・しっかりおむつ 1点 ¥1,500
・介護用おしり拭き 2点 ¥1,000
・使い捨て手袋(50枚入) 2点 ¥2,000
小計 5点 ¥4,500
(内消費税 ¥〇〇〇)
合計 ¥4,500
お預り ¥5,000
お釣り ¥500
レジ担当者 しまなみ太郎
ご利用ありがとうございます

★事業者様へ★
・レシートを添付する場合でも「受領年月日」「事業者名」「自己負担」「合計」の欄は必ず記入してください。
・介護用品券が複数枚使用されたときは、2枚目以降の「合計」の箇所にレシートが添付されている券のNo. を記入してください。

手順3 レシートを貼付ける

レシートの貼付けは以下のいずれかの方法でお願いします。

- ・のり
- ・テープのり
- ・セロハンテープ（透明なもの）

※セロハンテープで貼付ける際は右の図のようにレシートの幅よりもセロハンテープの幅が大きくなるように張付けてください。

※ホチキス、色つきのテープ、クリップ等での貼付けはお控えいただきますようよろしくお願いいたします。

令和〇年度 介護用品券 No. 1	
決定番号	福高用第〇〇〇〇号
利用者氏名	今治 太郎
限度額	2,000円
有効期限	令和〇年3月31日
受領年月日	
事業者名	
品目	
受領内訳	
自己負担	△500円
合計	4,000円

〇〇薬局
〇〇支店 0898-〇〇-〇〇〇〇
領収書
〇〇年〇月〇日(月) 10:00
・しっかりおむつ 1点 ¥1,500
・介護用おしり拭き 2点 ¥1,000
・使い捨て手袋(50枚入) 2点 ¥2,000
小計 5点 ¥4,500
(内消費税 ¥〇〇〇)
合計 ¥4,500
お預り ¥5,000
お釣り ¥500
レジ担当者 しまなみ太郎
ご利用ありがとうございます

テープの貼付け幅が狭いとレシートがはがれやすくなってしまいます。

レシートが長く、介護用品券からはみ出してしまう場合はレシートのはみ出した部分を介護用品券側へ折りこんでください。

レシートを添付しない場合

手順1 対象商品を確認し、介護用品券へ記入する

レシートを添付する場合でも以下の項目は必ず記入してください。

- ・ 受領年月日
- ・ 事業者名
- ・ 合計額（券の限度額か限度額以下の利用金額）

※同一の利用者がひと月に複数回、同じ事業者で券を使用された場合等に、上記項目が未記入だと券と請求書の内容の突合が困難となりますので必ず記入してください。

※券が複数枚使用された場合、2枚目以降にも「受領年月日」「事業者名」は1枚目と同様に記入し、「合計」の箇所に合計金額が記載されている券のNo. を記入してください。

令和 ○年度 介護用品券 No. 1

決定番号	福高用 第○○○○号	レシート貼付		
利用者氏名	今治 太郎			
限度額	2,000円	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 日付、事業者名は2枚目以降の券にも記入してください。 </div>		
有効期限	令和○年3月31日			
受領年月日	令和 4年 5月 10日			
事業者名	○○薬局○○支店			
受領内訳	品目	単価	数量	金額
	しっかりおむつ	1,500円	1	1,500円
	介護用おしり拭き	1,000円	1	1,000円
	使い捨て手袋 (50枚入)	1,000円	2	2,000円
		円		円
	商品名、単価、数量、合計金額を入力。	円		円
		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
	自己負担			△500円
	合計			4,000円

自己負担があれば記入してください。

2枚目以降には合計金額を記入した券のNo. 記入してください。

請求事務チェックシート

日頃より、介護用品事業の円滑な支払事務にご協力いただきありがとうございます。

令和4年度から、介護用品券にレシート添付が可能となる等の変更がありますので、ご請求前にこちらのチェックシートを実施いただきますようよろしくお願いいたします。

	チェック項目	備 考
1	購入した商品は、今治市の定める5品目の対象商品であるか。	口腔ケア商品、ポータブルトイレ関連商品等は介護用品ですが、対象外です。
2	請求書と介護用品券の合計金額が一致しているか。	一致していない場合、請求書の再提出が必要です。
3	請求書に記入されている法人の代表者等の情報に変更がないか。	変更がある場合、介護保険課に届け出が必要です。
4	請求書の作成担当者の氏名等の記入漏れがないか。	請求事務に不備があった際に、担当者様にご連絡します。
5	介護用品券は、手書きで記入したものと、レシート添付にしたものが混在していないか。	どちらか一方の方法で統一して請求してください。
6	すべての介護用品券に受領年月日、事業者名が記入されているか。(一度のお会計で券を複数枚使用された場合も同様。)	券の紛失、混同防止となります。
7	介護用品券を一度のお会計で複数枚使用された場合、合計金額を記入した券のNo. をほかの券に記入しているか。	券の「合計」の欄に「No. ○」と記入してください。
8	介護用品券にレシートを添付している場合、購入品目に対象外商品が含まれていないか。	対象外商品が含まれている場合、要領に従って印をしてください。
9	介護用品券にレシートを添付している場合、貼付け方はのり、テープのり、セロテープ(透明なもの)等であるか。	ホチキス、色つきのテープ、クリップでの貼付けはお控えください。
10	レシートが長く、介護用品券への貼付け時に券からはみ出した場合、レシートを券側に折りこんでいるか。	レシートの欠損、紛失防止となります。
11	介護用品券に手書きする場合、品目、単価、数量等が記入されているか。	従来どおりの入力方法と同様です。