

住所地特例に関して

◎住所地特例とは・・・

社会保険制度において、被保険者が住所地以外の市区町村に所在する介護保険施設等に入所等をした場合、住所を移す前（転出前）の市区町村が引き続き保険者となる特例措置です。

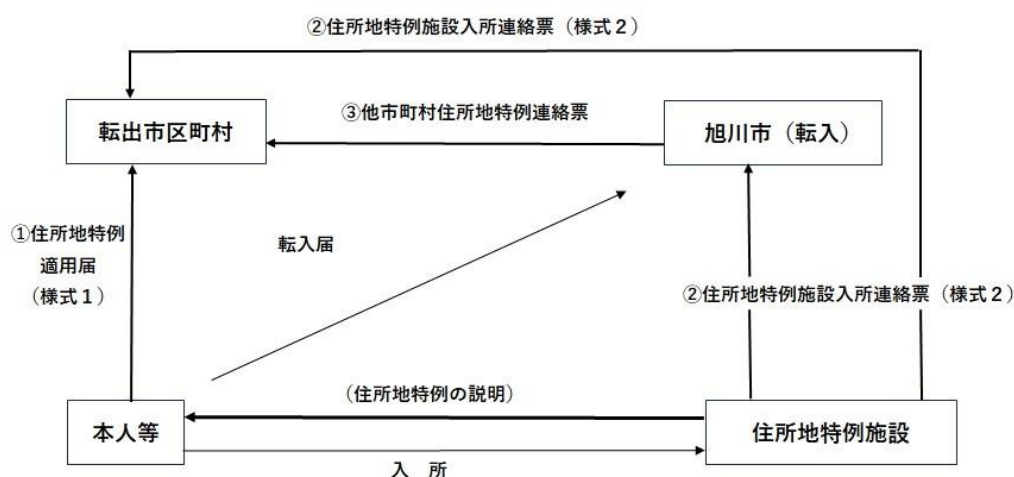
本制度は、サービス提供元の市区町村が費用を負担することで、公正で効率的な資源配分を実現し、介護保険財政の健全性を保つものです。住所地特例に関する届出が不十分な場合、事業者はサービス給付費を請求できなくなるおそれがあります。届出が適切に行われることで、費用を適正に請求でき、事業者の財政安定が図られます。したがって、住所地特例の理解と届出の正確な運用は、介護保険事業者にとって極めて重要です。

◎住所地特例施設（グループホームや地域密着型特別養護老人ホームは対象外です）

- 1 介護保険施設 ～ 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、介護医療院、介護療養型医療施設
- 2 特定施設 ～ 有料老人ホーム、軽費老人ホーム
- 3 養護老人ホーム
- 4 サービス付き高齢者向け住宅
- 5 届出がない有料老人ホーム：届出の有無にかかわらず、有料老人ホームに該当することが明確である施設には住所地特例が適用されます。（平成27年2月26日厚生労働省課長通知）

旭川市内の住所地特例施設については、本市ホームページの「住所地特例施設」のページをご覧ください。※旭川市 HP ホーム>右上の MENU>事業者向け>健康・福祉・子育て・学校>高齢者・介護保険>サービス事業者>住所地特例施設

◎住所地特例の手続き



※旭川市の住所地特例施設に住民票を異動後、住所地特例施設入所連絡票（様式2）を提出してください。

※施設を退所した場合も同様の流れとなります

※提出様式のダウンロード-旭川市 HP ホーム>右上の MENU>事業者向け>健康・福祉・子育て・学校
>高齢者・介護保険>申請・届出>住所地特例の手続きについて
(<http://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/500/548/koureisya/sinseitodokede/d055584.html>)



◎住所地特例の運用における重要なポイント

適正な運営とサービス給付費の請求を円滑に行うため、これらの点を確実に徹底することが重要です。また、これらのポイントを施設側が把握するだけでなく、家族側にも十分に説明し理解を得てください。詳細な手続きについて不明な点があれば、介護保険課介護保険料係に相談してください。

1 転入届の住所

入所予定者が市外から来る場合、転入届に記載する住所は必ず施設の住所としてください（番地も同一にすること）。事業者本部の住所を記載することは避けてください。施設の正確な住所を記載することで、負担すべき市区町村が適切に判断され、スムーズな行政手続きが可能となります。

2 転入日と入所日

転入届に記載する転入日欄は、原則入所日と同じ日に設定してください。転入日と入所日が一致することで、正確で一貫性のある管理が可能となり、事後処理の不一致やトラブルを防ぐことができます。

3 郵便物の送付先

入所者の郵便物を管理したい家族の方には、送付先変更届を介護保険課で受け付けている旨をお知らせください。これにより、入所者の重要な郵便物が家族の元に確実に届き、入所者の生活や手続きに関する情報共有が円滑に行えるようになります。

担当：旭川市福祉保険部 介護保険課介護保険料係 TEL 0166-25-5356

参考

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号） 抜粋

（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）

第十三条 次に掲げる施設（以下「住所地特例対象施設」という。）に入所又は入居（以下「入所等」という。）をすることにより当該住所地特例対象施設の所在する場所に住所を変更したと認められる被保険者（第三号に掲げる施設に入所することにより当該施設の所在する場所に住所を変更したと認められる被保険者にあつては、老人福祉法第十一条第一項第一号の規定による入所措置がとられた者に限る。以下この項及び次項において「住所地特例対象被保険者」という。）であつて、当該住所地特例対象施設に入所等をした際他の市町村（当該住所地特例対象施設が所在する市町村以外の市町村をいう。）の区域内に住所を有していたと認められるものは、第九条の規定にかかわらず、当該他の市町村が行う介護保険の被保険者とする。ただし、二以上の住所地特例対象施設に継続して入所等をしている住所地特例対象被保険者であつて、現に入所等をしている住所地特例対象施設（以下この項及び次項において「現入所施設」という。）に入所等をする直前に入所等をしていた住所地特例対象施設（以下この項において「直前入所施設」という。）及び現入所施設のそれぞれに入所等をするることにより直前入所施設及び現入所施設のそれぞれの所在する場所に順次住所を変更したと認められるもの（次項において「特定継続入所被保険者」という。）については、この限りでない。

一 介護保険施設

二 特定施設

三 老人福祉法第二十条の四に規定する養護老人ホーム

2 特定継続入所被保険者のうち、次の各号に掲げるものは、第九条の規定にかかわらず、当該各号に定める市町村が行う介護保険の被保険者とする。

一 継続して入所等をしている二以上の住所地特例対象施設のそれぞれに入所等することによりそれぞれの住所地特例対象施設の所在する場所に順次住所を変更したと認められる住所地特例対象被保険者であつて、当該二以上の住所地特例対象施設のうち最初の住所地特例対象施設に入所等をした際他の市町村（現入所施設が所在する市町村以外の市町村をいう。）の区域内に住所を有していたと認められるもの当該他の市町村

二 継続して入所等をしている二以上の住所地特例対象施設のうちの一の住所地特例対象施設から継続して他の住所地特例対象施設に入所等すること（以下この号において「継続入所等」という。）により当該一の住所地特例対象施設の所在する場所以外の場所から当該他の住所地特例対象施設の所在する場所への住所の変更（以下この号において「特定住所変更」という。）を行つたと認められる住所地特例対象被保険者であつて、最後に行つた特定住所変更に係る継続入所等の際他の市町村（現入所施設が所在する市町村以外の市町村をいう。）の区域内に住所を有していたと認められるもの当該他の市町村

3 第一項の規定により同項に規定する当該他の市町村が行う介護保険の被保険者とされた者又は前項の規定により同項各号に定める当該他の市町村が行う介護保険の被保険者とされた者（以下「住所地特例適用被保険者」という。）が入所等をしている住所地特例対象施設は、当該住所地特例対象施設の所在する市町村（以下「施設所在市町村」という。）及び当該住所地特例適用被保険者に対し介護保険を行う市町村に、必要な協力をしなければならない。

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

旭川市長

施設名

施設長

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	明・大・昭	年 月 日	
														性 別	男	・	女
	入 所 の 場 合	入 所 前 住 所	〒														
			方書														
退 所 の 場 合	退 所 後 住 所 (死亡退所の 場合は記載 不要)	〒															
		方書															
退所理由		1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 ()															

保 険 者 名		保 険 者 番 号							
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称	いずれかに○印 (介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設)										
	所 在 地	〒										
		電話番号										

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和××年××月××日

旭川市長

施設名 住所地特例 対象施設名

施設長 旭川 太郎

次の者が下記の施設 に 入所 しましたので、連絡します。
を 退所

入所・退所年月日	令和××年××月××日
----------	-------------

被 保 険 者	被保険者番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	フリガナ		カイゴ タロウ									
	氏 名		介 護 太 郎									
	入 所 の 場 合	入 所 前	〒000-0000 〇 〇 市 △ △ 町 □ 条 □ 丁 目									
		住 所	方書									
者	退 所 の 場 合	退 所 後	〒									
		住 所 (死亡退所の 場合は記載 不要)	方書									
	退所理由		1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 ()									

保 険 者 名	〇 〇 市	保 険 者 番 号	1	2	3	4	5	6
---------	-------	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	住所地特例 対象施設名 いずれかに○印 (介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設)
	所 在 地	〒000-0000 〇 〇 市 △ △ 町 □ 条 □ 丁 目 電話番号0000-00-0000

