

川西市ケアプランデータ連携システム利用料助成金に関する Q&A

<助成対象>

Q1 川西市内の事業者ではないが、川西市が保険者の利用者がいる場合は、助成の対象となりますか。

A1 対象となりません。川西市内の介護サービス事業者が対象となります。

Q2 川西市内に本社（法人）があり、サービス事業者は川西市外にあります。その場合は助成の対象となりますか。

A2 対象となりません。Q1 と同様、川西市内の介護サービス事業者が対象となります。

<対象費用>

Q3 ケアプランデータ連携システムを導入するにあたり、パソコンや周辺機器を買いそろえた。それらの費用も助成金の対象となりますか。

A3 対象となりません。対象費用は、ケアプランデータシステムのライセンス料 21,000 円（1 年間分）です。

Q4 令和 7 年度に申請したら、自動的に令和 8 年度まで 2 年度分のシステム利用料が助成されますか。

A4 できません。申請の際には、年間使用料を支払ったことが分かる書類の写し等が必要となるため、助成を受けるためには毎年度申請が必要となります。

<申請関係>

Q5 川西市内に複数の介護サービス事業者を有する会社（法人）です。1 枚の申請書ですべての事業者の申請となりますか。

A5 申請書は、介護サービス事業者ごとに提出が必要となります。

Q6 システムに関する説明会は開催するのでしょうか。

A6 説明会は開催しません。市のホームページ上に、令和6年7月18日に開催した説明会の動画をアップしております。そちらをご覧ください、申出書を提出してください。

Q7 助成金の受取口座は、対象事業所以外でも可能でしょうか。

A7 対象事業所または申請者（法人）の口座に振込みます。

Q8 交付申請書兼請求書のうち、かっこ内の申請者（法人）の「主たる事務所の所在地」はどこの住所を記載するのか。

A8 川西市内にある対象事業所の住所を記載してください。

Q9 ケアプランデータ連携システムのフリーパスキャンペーンに申込みをするのは可能でしょうか。

A9 可能です。しかし、川西市ケアプランデータ連携システム利用料助成金交付要綱第2条の規定により、フリーパスキャンペーンに申込みをすると、当該助成金の助成対象者になりません。

Q10 申請時の添付書類で、①システムのライセンス料がわかる書類の写し、②システムを活用してケアプランデータの連携を行ったことが分かる書類の写し、とあるが具体的にどのような書類を提出したらいいのか。

A10 ①は兵庫県国民健康保険団体連合会が発行する「介護保険給付費支払決定額通知書の写し」または同団体が発行する「振込依頼書の写し」を、②はシステム内の送信一覧及び受信一覧の画面のハードコピーを提出してください（次ページ以降の見本を参照）。

①システムのライセンス料がわかる書類の写し（介護保険給付費支払決定額通知書の写し）

〒 000-0000
〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1

〇〇サービス事業所
〇〇地域包括支援センター
様

介護給付費等支払決定額通知書

令和6年5月 審査分として下記金額を支払決定し
右記銀行に送金しますので通知致します。

事業所番号 9000000010
金 額 465,800
〇〇銀行
〇〇支店
令和6年 6月 1日
〇〇〇〇国民健康保険団体連合会

振込金額内訳

介護給付費支払額	1,000,000
主治医意見書作成料	0
消費税	0
認定調査費委託料	0
消費税	0
介護予防・日常生活支援総合事業費支払額	100,000
障害作成費託料（消費税を含む）	-600,000
電子証明書発行手数料（消費税を含む）	-13,200
ケアプランデータ連携システムライセンス料（消費税を含む）	-21,000
介護給付費等合計	465,800



ケアプランデータ連携システムライセンス料（消費税を含む） - 21,000

①システムのライセンス料がわかる書類の写し（振込依頼書の写し）※納付書払いのみ
※「振込依頼書」の見本であり、ケアプランデータ連携システムの内容（金額）とは異なっています。

〒111-1111
〇〇〇国保市国保町2-2-2

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長
〒111-1111
〇〇〇国保市国保町9-9-9

代理事業所A
代理人 一郎

電話 00-0003-0001
FAX 00-0003-0002

振込依頼書

発行日 2023/10/10
※ 証明書発行申請時の請求書番号
K-20231010-020002

振込明細

項目名	数量	金額
証明書発行手数料（介護・障害共通証明書）	1	¥13,900
合計		¥13,900

振込人名 : HD1399999999 + 「事業所名または法人名（任意）」

振込先
金融機関名 : 請求銀行
支店名 : 国保支店(000)
口座種別 : 普通
口座番号 : 1234567
口座名 : マルマルマルコクホレングウカイ

注) お振込みの際、「振込人名」の欄にユーザIDが入力されていない場合、お振込みの確認が取れない場合があります。

(振込手数料はお客様のご負担でお願いいたします。)

備考: お振込み控えをもって、領収書と替えさせていただきます。

振込期限: 発行日の翌月末日

〈参考〉請求書の写し

※「請求書」の見本であり、ケアプランデータ連携システムの内容（金額）とは異なっています。

〒111-1111
〇〇〇国保市国保町 1-1-1

〇〇〇国民健康保険同林連合会
理事長 議員 太郎
〒111-1111
〇〇〇国保市国保町 2-2-2
電話 00-0003-0001
FAX 00-0003-0002
(登録番号: T1234567890123)

請求事業所A 様 申

請求書

請求日 2023/10/10
請求番号: K-20231010-000001

請求明細

項目名	数量	価格(税込)
証明書発行手数料	1	¥13,200
合計(税込)		¥13,200
10%対象		¥13,200
(内消費税額等)		¥1,200

上記に記載した証明書発行手数料については、給付費等の支払時に給付費等から控除されます。そのため、本請求書に基づくお支払いは必要ありません。

なお、本請求書は、適格請求書等保存方式(インボイス制度)に対応するため、貴事業所において必要な期間、保管いただくことを目的に出力したものになります。

ただし、給付費等から控除できないことが見込まれる等、国保連合会が必要と認める場合、支払方法を「振込」に変更させていただく場合があります。

〈見本〉システム内の送信一覧及び受信一覧の画面

送信画面



受信画面

