

## 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6年度に申請したら、自動的に令和8年度まで3年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 市が開催するシステムに関する説明会に参加できなかった。申請はできないのでしょうか。

A6 市のホームページ上に、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、申出書を提出いただくことで説明会へ参加したこととみなします。

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 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。

A9 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
原簿作成委託料（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育連合会 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 一部	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-20231010-00002

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 : HD139999999 + 「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ゴウカイ

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団体連合会 理事長 〒111-1111 〇〇〇国保市国保町2-2-2	
請求事業所A _____ 様 申	電話 00-0003-0001 FAX 00-0003-0002 (登録番号: T1234567890123)	
<b>請 求 書</b>		
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)
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

〈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

ケアプランデータ連携システム(デモンストレーション)



送信元	送信先	ID	ステータス
モデル事業所 #KJ0101A0000001	中央会介護事業所デモ#6	20240201110101	成功
中央会介護事業所デモ#6	中央会介護事業所デモ#7	20240201110101	成功
中央会介護事業所デモ#7	モデル事業所 #KJ0101A0000001	20240201110101	成功
中央会介護事業所 #KJ0101A0000001	中央会介護事業所デモ#6	20240201123456	成功
中央会介護事業所デモ#6	中央会介護事業所デモ#7	20240201123456	成功
中央会介護事業所デモ#7	中央会介護事業所デモ#6	20240201123456	成功
中央会介護事業所デモ#6	中央会介護事業所デモ#7	20240201123456	成功

送信完了画面が表示されます  
これで送信は完了です

Next

## 受信画面

ケアプランデータ連携システム(デモンストレーション)



受信日時	メッセージ	送信元事業所名称	ファイル名	ファイル種別	CSVバージョン	データ取得状況
2024/05/02 14:38	【テンプレート】 送付状サンプル・サービス計画書い つもお世話になっております。サービス計画書の第1表...	中央会介護事業所デモ #1	UPHOSOKU_202301_090000000...csv UPPLAN_202301_0900000001...csv	登録 登録	202208	済

取り込みが完了すると、データの色が白に変わり、データ取得状況も「済」となります。

Next