

令和3年3月8日
日常生活支援住居施設に
関する説明会（書面開催）

請求を始める前に

措置費支払代行事務の手引 （施設情報の登録・変更編）

令和3年3月発行

東京都国民健康保険団体連合会

目 次

1	施設情報の登録	
	(1) 措置費の請求及び受領に関する届(措共様式第1号)	1
	(2) 委任状(措共様式第4号)	1
2	施設情報の変更	
	(1) 振込金融機関変更届(措共様式第2号)	1
	(2) 改印届(措共様式第3号)	1
	(3) 委任解除届(措共様式第5号)	1
	別記1「措置費の請求及び受領に関する届の記入方法」	2
	別記2「委任状の記入方法」	4
	別記3「振込金融機関変更届の記入方法」	6
	別記4「改印届の記入方法」	8
	別記5「委任解除届の記入方法」	10

1 施設情報の登録

東京都福祉保健局からの依頼を受け、令和3年4月実績分から、日常生活支援委託事務費の支払代行業を、本会の措置費支払代行事務スキームを最大限活用して実施することとなりました。

措置費支払代行事務では、日常生活支援委託事務費を「措置費」とみなして取扱います。

今後、本会へ措置費を請求することとなる施設については、本会における措置費支払のための施設台帳へ貴施設の振込口座等の情報を登録する必要がありますので、以下に掲げる書類の届け出をお願いします。

なお、各様式の前紙は令和3年4月以降、本会ホームページに掲載する予定です。

(1) 措置費の請求及び受領に関する届(措共様式第1号)

《併せてご提出いただく書類》

- ①届出書の「開設者」欄で押印された法人実印の印鑑証明書（原本）
 - ②通帳（金融機関名・支店名・口座番号及び口座名義人が確認できる箇所の写）
 - ③貴施設の事務費等支弁基準額の決定通知書（写）
 - ④貴施設の事業開始年月日、定員が確認できる資料（パンフレット等）
- ⇒別記1「措置費の請求及び受領に関する届の記入方法」をご参照ください。

(2) 委任状(措共様式第4号)

⇒別記2「委任状の記入方法」をご参照ください。

2 施設情報の変更

既に届け出である施設情報の内容に変更が生じた場合は、以下に掲げる書類の届け出をお願いします。ただし、変更の内容が施設開設者（法人代表者）の変更であった場合には、上記1の書類を改めて届け出てください。

なお、各様式の前紙は令和3年4月以降、本会ホームページに掲載する予定です。

(1) 振込金融機関変更届(措共様式第2号)

《併せてご提出いただく書類》

- ①通帳（金融機関名・支店名・口座番号及び口座名義人が確認できる箇所）の写し
- ⇒別記3「振込金融機関変更届の記入方法」をご参照ください。

(2) 改印届(措共様式第3号)

⇒別記4「改印届の記入方法」をご参照ください。

(3) 委任解除届(措共様式第5号)

⇒別記5「委任解除届の記入方法」をご参照ください。

別記1「措置費の請求及び受領に関する届の記入方法」

措共様式第1号

措置費の請求及び受領に関する届

提出日 10月 1日 **年

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

開設者

所在地 東京都千代田区永田町 ●-●-●

法人名 社会福祉法人東国

氏名 国保 太郎 印

措置費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。
措置費については、貴会が振込のときをもってその金額を領収致したとし、当該金融機関の振込受領書をもって当方の領収書に代えさせていただきます。
なお、本届書に記入した事項については、貴会の措置費支払代行システムに登録することを承諾致します。

3 施設（事業）種別 ※複数選択可		4 施設番号				
<input type="checkbox"/>	養護老人ホーム	2	1			
<input type="checkbox"/>	更生施設（入所）	5	1			
<input checked="" type="checkbox"/>	救護施設（入所）	5	2	0	9	9
<input type="checkbox"/>	保護施設通所事業（通所訓練）	5	3			
<input type="checkbox"/>	保護施設通所事業（訪問指導）	5	3			
<input checked="" type="checkbox"/>	保護施設一時入所事業	5	4	0	9	9
<input type="checkbox"/>	日常生活支援住居施設	5	5			
フリガナ	サクラガオカソウ					
(請求先) 施設名	桜が丘荘	(金融機関名) 振込先	9	9	9	9
郵便番号	1 0 2 9 9 9 9	店舗名	9	9	9	
フリガナ	トウキョウトチヨダクイイダバシ	店名	飯田橋支店			
所在地	東京都千代田区飯田橋 ●-●-●	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> その他	
フリガナ	コクホ ハナコ	フリガナ	フク) トウコクシセツチョウ コクホ ハナコ			
請求者	国保 花子	(口座名義人) 受領者	社会福祉法人東国 施設長 国保 花子			
役職名	施設長	請求書に使用する印	国保連使用欄			
電話番号	03-●●●●-●●●●	17	照合	月	日	
FAX番号	03-●●●●-●●●●		入力	月	日	
Eメール	.sakurazakasou@sotih.ne.jp		確認	月	日	
備考		19				

記入事項

番号	項目	説明
1	提出日	本「届出書」を国保連合会へ提出(送付)した日を記入してください。
2	開設者	施設の開設(申請)者の所在地、法人名及び氏名を記入してください。 開設(申請)者とは、法人の代表者を指します。 ただし、開設(申請)者と請求者又は受領者(口座名義人)が異なる場合は、「委任状(措共様式第4号)」が必要になります。 社会福祉法人の経営する施設は、「印鑑証明書のある印鑑(法人実印)」を押印し、「印鑑証明書」を添付してください。 公立施設は、「代表者の印鑑(公印)」を押印してください。
3	施設(事業)種別	該当する施設(事業)種別をチェックしてください(複数選択可)。
4	施設番号	施設番号を記入してください(新規登録時は、記載不要)。
5	請求者(フリガナ)	請求者の氏名を「カタカナ」で記入してください。 請求者が開設(申請)者と異なる場合は、「委任状(措共様式第4号)」が必要になります。
6	請求者	請求者の氏名を記入してください。 請求者が開設(申請)者と異なる場合は、「委任状(措共様式第4号)」が必要になります。
7	役職名	請求者の役職名を記入してください。
8	Eメール	貴施設のメールアドレスを記入してください(任意、携帯電話を除く)。
9	振込先(金融機関名)(コード枠)	措置費を受領するための振込先金融機関のコード番号を記入してください。
10	振込先(金融機関名)	振込先の金融機関名を記入してください。
11	支店名(コード枠)	措置費を受領するための振込先金融機関本支店の通帳等を参考にコード番号を記入してください。
12	支店名	振込先の金融機関の本支店名を記入してください。
13	預金種別	振込先の金融機関口座に該当する種別をチェックしてください。
14	口座番号	振込先の金融機関の口座番号を右詰めで記入してください。
15	受領者(口座名義人)(フリガナ)	措置費を受領する受領者(口座名義人)の名称をカタカナで記入してください。 受領者(口座名義人)が開設(申請)者と異なる場合は、「委任状(措共様式第4号)」が必要になります。
16	受領者(口座名義人)	措置費を受領する受領者(口座名義人)の名称を記入してください。 受領者(口座名義人)が開設(申請)者と異なる場合は、「委任状(措共様式第4号)」が必要になります。
17	請求書に使用する印	措置費の請求に使用する印鑑を押印してください。 社会福祉法人の経営する施設は、当該使用印が開設(申請)者の印と異なる場合、「委任状(措共様式第4号)」が必要になります。 ただし、受任者の個人印ではなく、職印を押印してください。
18	国保連使用欄	記入は不要です。空欄のまま送付してください。
19	備考	貴施設が公立施設で、納入通知書又は納付書での支払を希望する場合、当該欄にその旨を記入してください。

「措置費の請求及び受領に関する届」のご提出に併せて、次の書類をご提出願います。

- 1 法人実印の印鑑証明書(原本) 1通**
- 2 受領者(口座名義人)のわかる預金通帳の写し 1枚**
- 3 貴施設の事務費等支弁基準額の決定通知書の写し 1通**
- 4 貴施設の事業開始年月日、定員が確認できる資料 1通**

別記2「委任状の記入方法」

措共様式第4号

委任状

1 **年10月1日提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

2

委任者

所在地 東京都千代田区永田町●-●-●

法人名 社会福祉法人東国

氏名 国保 太郎 印

私は、次の者を代理人と定め、次の施設につき下記のとおり権限を委任します。
なお、措置費の請求に関する権限を委任する場合、下記の印鑑を請求書に使用するものとして届出ます。

施設（事業）種別 ※複数選択可	施設番号				
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	2	1			
<input type="checkbox"/> 更生施設（入所）	5	1			
<input checked="" type="checkbox"/> 救護施設（入所）	5	2	0	9	9
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（通所訓練）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（訪問指導）	5	3			
<input checked="" type="checkbox"/> 保護施設一時入所事業	5	4	0	9	9
<input type="checkbox"/> 日常生活支援住居施設	5	5			

3

受任者

施設名	桜が丘荘
所在地	東京都千代田区飯田橋●-●-●
氏名	国保 花子 印

記

- 1 委任事項
(該当する事項にチェックをしてください)
- (1) 措置費の請求に関する事 4
- (2) 措置費の受領に関する事
- 2 委任年月日
**年4月1日 6
から

受任者が請求書に使用する印

5

国保連 使用欄	照合	確認
	月 日	月 日

記入事項

番号	項目	説明
1	提出日	本「委任状」を国保連合会へ提出(送付)した日を記入してください。
2	委任者	委任(依頼)者の所在地、法人名及び氏名を記入してください。 委任(依頼)者とは、法人の代表者を指します。 印については、「措置費の請求及び受領に関する届(措共様式第1号)」の「開設者の印」と同じ印鑑を押印してください。
3	受任者	権限を委任する施設の施設番号、施設名及び所在地を記入してください。 受任者の氏名を記入してください。 印については、簡易浸透印(シャチハタ)を使用しないでください。
4	委任事項	該当する事項にチェックをしてください(複数可)。
5	受任者使用印	措置費の請求に関する権限を委任する場合、受任者が請求書に使用する印鑑を押印してください。 なお、当該使用印は、「措置費の請求及び受領に関する届(措共様式第1号)」の「請求書に使用する印」と同じ印鑑を押印してください。
6	委任年月日	権限の委任を開始する日付を記入してください。

別記3「振込金融機関変更届の記入方法」

措共様式第2号

振込金融機関変更届（措置費支払代行取扱施設分）

①

**年 10月 1日 提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

届出者

法人所在地 東京都千代田区永田町●-●-●

法人名 社会福祉法人東国

開設者氏名 国保 太郎 印

②

次の施設につき措置費の振込金融機関を変更致しますので、下記のとおり届出致します。
なお、本届書に記入した事項については、貴会の措置費支払代行システムに登録することを承諾致します。

施設（事業）種別 ※複数選択可	施設番号				
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	2	1			
<input type="checkbox"/> 更生施設（入所）	5	1			
<input checked="" type="checkbox"/> 救護施設（入所）	5	2	0	9	9
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（通所訓練）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（訪問指導）	5	3			
<input checked="" type="checkbox"/> 保護施設一時入所事業	5	4	0	9	9
<input type="checkbox"/> 日常生活支援住居施設	5	5			

施設名	桜が丘荘
所在地	東京都千代田区飯田橋●-●-●

③

記

旧 振込口座				④
(金融機関名) 振込先	国保連銀行	店舗名	飯田橋支店	

新 振込口座				⑤
(金融機関名) 振込先	0 0 0 0 豊郷銀行	店舗名	0 0 0 桜が丘支店	
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	フリガナ	フク) トウコクリジチョウ コクホ タロウ	
口座番号	0 0 0 0 0 0 0	(口座名義人) 受領者	社会福祉法人東国 理事長 国保 太郎	
適用年月	**年 10月 15日 振込分から			

※ 口座名義人（カナ）及び口座番号等を確認できる預金通帳等の写しを添付願います。

⑥ 国保連 使用 欄	照合	入力	確認
	月 日	月 日	月 日

記入事項

番号	項目	説明
1	提出日	本「届出書」を国保連合会へ提出(送付)した日を記入してください。
2	届出者	届出(依頼)者の所在地、法人名及び氏名を記入してください。 届出(依頼)者とは、法人の代表者を指します。 印については、「措置費の請求及び受領に関する届(措共様式第1号)」の「開設者の印」と同じ印鑑を押印してください。
3	対象施設	措置費を受領するための振込先金融機関の情報を変更する施設の施設番号、施設名及び所在地を記入してください。
4	旧 振込口座	変更前の旧い振込先金融機関の情報を記入してください。
5	新 振込口座	変更後の新しい振込先金融機関の情報を記入してください。
6	国保連使用欄	記入は不要です。空欄のまま送付してください。

「振込金融機関変更届」のご提出に併せて、次の書類をご提出願います。

1 受領者(口座名義人)のわかる預金通帳の写し 1枚

別記4「改印届の記入方法」

措共様式第3号

改印届

①

**年 10月 1日 提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

届出者

法人所在地 東京都千代田区永田町●-●-●

法人名 社会福祉法人東国

開設者氏名 国保 太郎 印

②

次の施設につき先に登録した請求書に使用する印鑑を変更致しますので、下記のとおり届出致します。

施設（事業）種別 ※複数選択可	施設番号				
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	2	1			
<input type="checkbox"/> 更生施設（入所）	5	1			
<input checked="" type="checkbox"/> 救護施設（入所）	5	2	0	9	9
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（通所訓練）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（訪問指導）	5	3			
<input checked="" type="checkbox"/> 保護施設一時入所事業	5	4	0	9	9
<input type="checkbox"/> 日常生活支援住居施設	5	5			

③

施設名	桜が丘荘
所在地	東京都千代田区飯田橋●-●-●

記

※ 簡易浸透印（シャチハタ）及び個人印は使用できません。

⑤ 新 印鑑

請求書に使用する印

④ 旧 印鑑

請求書に使用する印

（紛失の場合は要なし）

⑥

国保連 使用欄	照合	確認
	月 日	月 日

記入事項

番号	項目	説明
1	提出日	本「届出書」を国保連合会へ提出(送付)した日を記入してください。
2	届出者	届出(依頼)者の所在地、法人名及び氏名を記入してください。 届出(依頼)者とは、法人の代表者を指します。 印については、「措置費の請求及び受領に関する届(措共様式第1号)」の「開設者の印」と同じ印鑑を押印してください。
3	対象施設	請求書に使用する印鑑を変更する施設の施設番号、施設名及び所在地を記入してください。
4	旧印鑑	変更前の古い印鑑を押印してください。 紛失により新しい印鑑を登録する場合、旧印鑑の押印は不要です。
5	新印鑑	変更後の新しい印鑑を押印してください。
6	国保連使用欄	記入は不要です。空欄のまま送付してください。

別記5「委任解除届の記入方法」

措共様式第5号

委任解除届

1

**年 10月 1日 提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

2

委任者

所在地 東京都千代田区永田町●-●-●

法人名 社会福祉法人東国

氏名 国保 太郎 印

私は、次の者を代理人と定め、次の施設につき下記のとおり権限を委任しておりましたが、これを解除いたします。

施設（事業）種別 ※複数選択可	施設番号				
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	2	1			
<input type="checkbox"/> 更生施設（入所）	5	1			
<input checked="" type="checkbox"/> 救護施設（入所）	5	2	0	9	9
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（通所訓練）	5	3			
<input type="checkbox"/> 保護施設通所事業（訪問指導）	5	3			
<input checked="" type="checkbox"/> 保護施設一時入所事業	5	4	0	9	9
<input type="checkbox"/> 日常生活支援住居施設	5	5			

3

旧受任者

施設名	桜が丘荘
所在地	東京都千代田区飯田橋●-●-●
氏名	国保 花子 印

記

1 解除事項

(該当する事項にチェックをしてください)

- (1) 措置費の請求に関するこ 4
- (2) 措置費の受領に関するこ

2 解除年月日

**年 9月 30日 5
まで

国保連 使用欄	照合	確認
	月 日	月 日

記入事項

番号	項目	説明
1	提出日	本「届出書」を国保連合会へ提出(送付)した日を記入してください。
2	届出者	届出(依頼)者の所在地、法人名及び氏名を記入してください。 届出(依頼)者とは、法人の代表者を指します。 印については、「措置費の請求及び受領に関する届(措共様式第1号)」の「開設者の印」と同じ印鑑を押印してください。
3	旧受任者	権限の委任を解除する施設の施設番号、施設名及び所在地を記入してください。 旧受任者の氏名を記入してください。
4	解除事項	該当する事項にチェックをしてください(複数可)。
5	解除年月日	権限の委任を解除する日付を記入してください。

措置費支払代行事務の手引

(施設情報の登録・変更編)

令和3年3月発行

東京都国民健康保険団体連合会
介護福祉部 介護福祉課 措置費支払代行係

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋三丁目5番1号

東京区政会館10階

電話：03-6238-0222

E-MAIL：sochihi@tokyo-kokuhoren.or.jp