

## 介護保険事務処理システムについて

### 目 次

公費負担医療等の給付に係る審査 支払いについて（案） .....	1
介護扶助の給付事務手続きについて .....	7

この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものであり、今後、医療保険福祉審議会の審議等に伴い変更がありうる。

事務処理システムチーム

## 公費負担医療等の給付に係る審査支払いについて（案）

### 1. 国保連の審査支払システムでの対応が必要な公費負担医療等の給付

(1) 国保連の審査支払システムにおける対応が必要となるのは、いわゆる保険優先の公費負担医療等の給付（要するに介護サービスを受けた場合の利用者負担分について公費負担が行われる給付）であり、その給付の具体的な範囲は以下のとおりである。なお、⑧の介護扶助については、被保護者が介護保険の被保険者である場合は、他の給付と同様、1割負担分についての給付となるが、被保護者が介護保険の被保険者でない場合には、費用の全額についての給付となるものである。

- ① 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条第1項の「通院医療」
- ② 身体障害者福祉法第19条の「更生医療」
- ③ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の「一般疾病医療費の給付」
- ④ 結核予防法第34条1項の「一般患者に対する医療」
- ⑤ 結核予防法第35条第1項の「従業禁止、命令入所患者の医療」
- ⑥ 昭和48年4月17日厚生省公衆衛生局長通知「特定疾患治療研究事業について」による治療研究に係る医療の給付
- ⑦ 平成元年7月24日厚生省保健医療局長通知「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について」による治療研究に係る医療の給付
- ⑧ 生活保護法第15条の2の「介護扶助」

(2) これに対し、戦傷病者特別援護法など、介護保険に優先する給付についての審査支払については、従前どおりの審査支払機関により行われることとなる（これらの給付については、介護保険の支給限度額管理の対象外である）。

### 2. 公費負担医療に係る審査支払の詳細について

#### (1) サービス種類ごとの公費負担の可否について

1の(1)に掲げる公費負担医療等の給付ごとに、公費負担の対象となりうるサービス種類を整理すると、別紙1の表のとおりとなる。

#### (2) 支給限度額を超える部分への公費負担について

1の(1)に掲げるいずれの公費負担医療等の給付についても、介護保険の支給限度額を超えて利用されるサービスについては、公費負担は行われぬ。

#### (3) サービスコードとの関係について

- ① 訪問看護については、夜間・早朝・深夜加算と特別地域加算については基

本部分と一体的にコード化され、その他の加算（特別管理加算、ターミナルケア加算、緊急時訪問看護加算）は、別々にコード化されることとなっているが、訪問看護について公費負担が行われる場合においては、夜間・早朝・深夜加算及び特別地域加算についての一部負担部分については、基本部分の一部負担が公費の対象となる限り必ず公費の対象となり、その他の加算については個別に判断するという整理がされており、したがって、各サービスコードごとに「公費負担の対象となるかならないかの2パターンしかない」ということとなる。

- ② その他の公費負担の対象となりうるサービス種類についても、各サービスコードごとに、公費負担の対象となるかならないかの2パターンしかない点で同様である。

#### **（4）高額サービス費の現物給付化について（具体例については別紙2参照）**

- ① 被保険者ごとに名寄せしたレセプトについて、公費負担医療等の対象サービスについて、公費請求額と本人負担額の総額（施設サービスの食費に係る部分を除く。）が、高額サービス費による一部負担の上限額を超える場合には、その差額について高額サービス費の現物給付化（＝公費請求額から高額サービス費への振り替え）を行う必要がある（利用者や事業者には影響が及ぶものではない）。
- ② 一人の被保険者が複数の公費負担医療等の給付を受けるような場合でも、高額サービス費の現物給付化の処理は、公費負担医療等の給付の種類ごとに行うものとする。
- ③ ただし、介護扶助と他の公費負担医療等の給付の組み合わせの場合には、まず、介護扶助以外の公費負担医療等の給付の種類ごとに、介護扶助がなされなかったとした場合と同じように高額サービス費の現物給付化の処理を行い（例えば、結核の一般患者に対する医療の場合、介護扶助がなければ本人負担額となる額を本人負担額とみなして計算する）、当該公費負担医療等の給付分を確定する。その上で、当該公費負担医療等の給付分の総額（本人負担額がある場合には本人負担額も合算する）が高額サービス費による自己負担上限額に満たない場合のその差額を介護扶助の額とする。

#### **（5）介護療養型医療施設の食事の標準負担額部分について**

介護療養施設サービスを公費負担の対象としうる公費負担医療等のうち、結核予防法第34条1項の「一般患者に対する医療」については、食事の標準負担額部分については公費負担の対象としないが、その他の給付においては公費負担の対象となりうる。

#### **（6）公費負担者番号、公費負担受給者番号**

医療保険のものと同じ番号を使用する。

## 別紙1

### 公費負担医療等の給付の対象となりうる介護保険の医療系サービス(検討案) (国保連による審査・支払が必要となるもの)

公費負担医療等	訪問 看護	訪問 リハ	居宅療養 管理指導	通所リハ		短期入所療養介護		老健施設	療養型	備 考
				老健施設	医療機関	老健施設	医療機関			
精神保健(通院)	○	×	×	×	×	×	×	×	×	費用の5%は本人負担
更生医療	○	○	×	×	○	×	×	×	○	所得に応じた本人負担あり
原爆(一般)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
結核(一般)	×	×	×	×	×	×	○	×	○	費用の5%は本人負担
結核(従業禁止)	○	×	○	×	×	×	×	×	×	所得に応じた本人負担あり
特定疾患	○	○	○	×	×	×	×	×	○	定額の本人負担あり
血液凝固	○	○	○	×	×	×	×	×	○	
生活保護	○	○	○	○	○	○	○	○	○	福祉系サービスも給付の対象となる 本人負担が生ずる場合がある

注)「○」は、公費負担医療等の対象となりうるサービス、「×」は公費負担医療等の対象となりえないサービス

別紙2

高額サービス費の現物給付化処理の具体例

○ 高額サービス上限額1万5千円（生保以外）の者が、結核医療（§34：公費95%）の対象サービスを20万、それ以外のサービスを10万円利用した場合

<事業者のレセ上の請求額>

	保険請求分	結核請求分	本人負担
結核対象サービス	18万	1万	1万
結核対象外サービス	9万		1万
計	27万	1万	2万

<国保連における高額サービス費現物給付化の処理>

結核請求分+結核分本人負担=1万+1万=2万>高額サービス上限額(=1.5万)

現物給付化分: 2万-1.5万=0.5万

→ 結核請求分のうち、0.5万円分を高額サービス費として保険請求分に振り替え

→ 結核請求分は0.5万円に縮小

<高額サービス費現物給付化処理後>

	保険請求分	結核請求分	本人負担
計	27.5万	0.5万	2万(※)

※ 本人に2万円の負担が生じているので0.5万円の高額サービス費が償還払いされる。

○ 被保護者（高額サービス上限額1万5千円）が、結核医療（§34：公費95%）の対象サービスを20万、それ以外のサービスを10万円利用した場合

<事業者のレセ上の請求額>

	保険請求分	公費請求分	生保請求分
結核対象サービス	18万	1万	1万
結核対象外サービス	9万		1万
計	27万	1万	2万

<国保連における高額サービス費現物給付化の処理> → 結核の処理のあと生保の処理

① 結核分の処理(=被保護者でなかったとした場合と同様の処理)

結核請求分+結核分本人負担(実際には介護扶助)=1万+1万

=2万>高額サービス上限額(=1.5万)

現物給付化分: 2万-1.5万=0.5万

→ 結核請求分のうち、0.5万円分を高額サービス費として保険請求分に振り替え。

→ 結核請求分は0.5万円に縮小。

② 生保分の処理

高額サービス上限額-結核請求分=1.5万-0.5万=1万

→ 生保請求分のうち1万円を超える部分(=1万円)を高額サービス費として保険請求分に振り替え

<高額サービス費現物給付化処理後>

	保険請求分	公費請求分	生保請求分
計	28.5万	0.5万	1万

- 高額サービス上限額 2.46 万円の者が、結核医療（§34：公費 95%）の対象サービスを 20 万、精神の通院医療（公費 95%）の対象サービスを 10 万円利用した場合

<事業者のレセ上の請求額>

	保険請求分	公費請求分	本人負担
結核対象サービス	18 万	1 万	1 万
精神対象サービス	9 万	0.5 万	0.5 万
計	27 万	1.5 万	1.5 万

<国保連における高額サービス費現物給付化の処理> → 結核・精神を別々に処理

①結核分

結核請求分+結核分本人負担 = 1 万 + 1 万 = 2 万 < 高額サービス上限額 (= 2.46 万)

→ 現物給付化されず

②精神分

精神請求分+精神分本人負担 = 0.5 万 + 0.5 万 = 1 万 < 高額サービス上限額

→ 現物給付化されず

- 被保護者（高額サービス上限額 1.5 万円）が、結核医療（§34：公費 95%）の対象サービスを 20 万、精神の通院医療（公費 95%）の対象サービスを 10 万円利用した場合

<事業者のレセ上の請求額>

	保険請求分	公費請求分	生保負担
結核対象サービス	18 万	1 万	1 万
精神対象サービス	9 万	0.5 万	0.5 万
計	27 万	1.5 万	1.5 万

<国保連における高額サービス費現物給付化の処理> → 結核・精神を別々に処理した上で生保の処理

①結核分（=被保護者でなかったとした場合と同様の処理）

結核請求分+結核分本人負担（実際には介護扶助） = 1 万 + 1 万

= 2 万 > 高額サービス上限額 (= 1.5 万)

現物給付化分：2 万 - 1.5 万 = 0.5 万

→ 結核請求分のうち、0.5 万円分を高額サービス費として保険請求分に振り替え

→ 結核請求分が 0.5 万円に縮小。

②精神分（=被保護者でなかったとした場合と同様の処理）

精神請求分+精神分本人負担（実際には介護扶助） = 0.5 万 + 0.5 万

= 1 万 < 高額サービス上限額

→ 現物給付化されず

③生保分

高額サービス上限額 - (結核請求分+精神請求分) = 1.5 - (0.5 + 0.5) = 0.5 万

→ 生保請求分のうち 0.5 万円を超える部分 (= 1 万円) を高額サービス費として保険請求分に振り替え

<高額サービス費現物給付化処理後>

	保険請求分	結核請求分	精神請求分	生保請求分
計	28.5 万	0.5 万	0.5 万	0.5 万

- 高額サービス上限額1万5千円（被保護者）の者が、結核医療（§ 34：公費 95 %）の対象サービスを20万、それ以外のサービスを10万円利用した場合で、生保の本人負担額が0.5万（結核対象外サービス事業者が徴収）の場合

<事業者のレセ上の請求額>

	保険請求分	公費請求分	本人負担分	生保請求分
結核対象サービス	18万	1万	-	1万
結核対象外サービス	9万		0.5万	0.5万
計	27万	1万	0.5万	1.5万

<国保連における高額サービス費現物給付化の処理> → 結核の処理のあと生保の処理

- ① 結核分の処理（=被保護者でなかったとした場合と同様の処理）

結核請求額+結核分本人負担（実際には介護扶助）=1万+1万  
=2万>高額サービス上限額（=1.5万）

現物給付化分：2万-1.5万=0.5万

→ 結核請求分のうち、0.5万円分を高額サービス費として保険請求分に振り替え。

→ 結核請求分は、0.5万円に縮小。

- ② 生保分の処理

高額サービス上限額-（結核請求分+本人負担額）=1.5-（0.5+0.5）=0.5万

→ 生保請求分のうち0.5万円を超える部分（=1万円）を高額サービス費として保険請求分に振り替え

<高額サービス費現物給付化処理後>

	保険請求分	公費請求分	本人負担分	生保請求分
計	28.5万	0.5万	0.5万	0.5万

## 介護扶助の給付事務手続きについて

### 1. 居宅介護に係る介護扶助の実施方式及び介護報酬の審査支払いについて

#### (1) 都道府県本庁

##### 国保連への指定事業者情報の提供（施設介護と共通）

都道府県は、審査支払いに必要な生活保護の指定介護機関に係る指定情報を国保連へ提供する必要があるが、指定事業者情報については、都道府県の介護保険担当部局が、生活保護等の指定情報も含め磁気媒体により国保連へ提供することを検討中であり、その場合には都道府県の生活保護担当部局は、介護保険担当課へ情報提供することとなる。

なお、その際、都道府県の生保担当部局は、政令市、中核市分の指定情報をとりまとめたいうで情報提供する必要がある。

#### (2) 福祉事務所

##### ① 居宅介護支援事業者の選定及び連絡票又は介護券の発行

- ア 居宅サービス計画の作成を終えた被保険者から介護扶助の申請があった場合
- a. 介護扶助の申請者は、既に作成されている居宅サービス計画の写を福祉事務所に提出する。
  - b. 福祉事務所は、当該計画が介護扶助を行うための計画として適当であることを確認する。
  - c. 福祉事務所は、①居宅サービス計画を変更したときには遅滞なく福祉事務所に提示すること、②提示がなかった場合には、介護扶助の決定を行うことができず、介護券を発行することができない場合があり得ることを説明する。
- イ 居宅サービス計画未作成の被保険者から介護扶助の申請があった場合
- a. 福祉事務所は、指定介護機関（居宅介護支援事業者）のリストを本人に提示し、本人が機関を選択して居宅サービス計画を作成する（注1）。
  - b. 福祉事務所は、①居宅サービス計画を作成したとき、変更したときには遅滞なく福祉事務所に提示すること、②提示がなかった場合には、介護扶助の決定を行うことができず、介護券を発行することができない場合があり得ることを説明する（注2）。

（注1）居宅サービス計画作成に係る居宅介護サービス計画費は、介護保険から10割給付が行われるため、介護扶助の決定が不要であり、生活保護の指定介護機関でない事業者に申し込むことも法的には可能である。

（注2）この点については、関係者の同意を得た上で、福祉事務所へ直接情報提供す



ることを依頼する連絡票を用い、居宅介護支援事業者から福祉事務所へ直接居宅介護支援計画の写しを送付できるような実行上の措置を検討中である。

ウ 被保険者以外の者から介護扶助の申請があった場合

- a. 福祉事務所は、指定介護機関（居宅介護支援事業者）のリストを本人に提示する。
- b. 本人の希望する事業者名を記入した介護券（居宅サービス事業者に対するものと同じ様式）を当該指定介護機関に送付し、居宅サービス計画の作成を委託する。
- c. 福祉事務所は、介護券を送付した事業者から居宅サービス計画の写しの送付を受ける。

（注）被保険者以外の者に係る居宅サービス計画作成は、介護扶助の委託として行われ、委託を受けた指定居宅介護支援事業者は、委託の内容として当該委託に係る要保護者の居宅サービス計画の写を直接福祉事務所に送付することを考えている。

## ② 概算介護費の算定及び介護扶助の決定

ア サービス利用票等の提示

介護扶助の申請者は、保護申請書と併に、添付書類として、被保険者証、サービス利用票（兼居宅サービス計画）及び居宅介護サービス区分給付限度額管理計算書を福祉事務所に提出する。

イ 保護の要否の判定

- a. 福祉事務所は、サービス利用票（兼居宅サービス計画）及び居宅介護サービス区分給付限度管理計算書に基づき、介護サービスを利用したときの自己負担額（被保護者に適用される高額介護サービス費を除いた額が上限）で概算介護費を算定し保護の要否の判定を行う。
- b. 概算介護費の算定は、原則として要介護状態等の審査判定の有効期間の終期までとする。

ウ 介護券の発行及び送付

福祉事務所は、保護要となった場合は、介護扶助を決定し、扶助を決定した指定介護機関へ介護券を送付する。

エ 月の中で保護を開始（廃止）した場合の取り扱い

- a. 月の中で保護が開始（廃止）された場合、介護報酬が1日又は1回単位とされているサービスについては、サービス利用票（兼居宅サービス計画）に基づき、保護適用期間中に提供されるサービスについて介護扶助を決定する（有効期間が記載された介護券を発行する。）。

また、介護報酬が月単位とされているサービス（福祉用具貸与）については、

開始日からその月の末日まで（廃止月の初日から廃止日まで）の日数に応じて日割りにより介護扶助を決定する。

- b. このため、月の中で保護が開始（廃止）された場合の当該月分の公費請求額については、審査済みレセプト又は介護給費請求明細書が送付されたときは、特に有効期間内に行われたサービスに対する請求であるか否かを審査する必要がある。
- c. なお、居宅サービス計画費（被保険者以外の場合）については日割りは行わない。

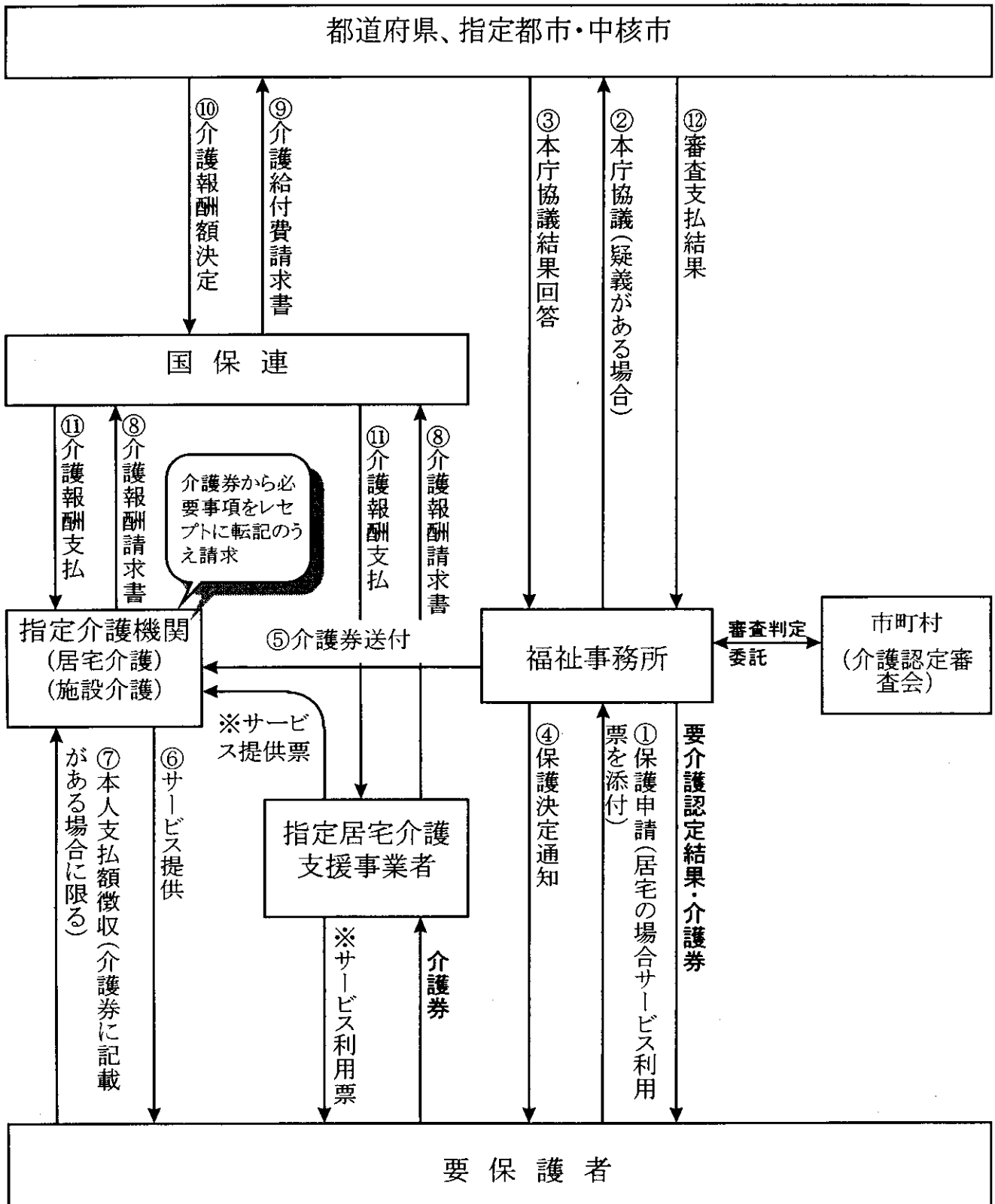
### ③ 被保険者以外の者に係る被保護者情報の国保連への提供（施設介護共通）

ア 福祉事務所は、被保険者以外の介護扶助受給者の新規登録及び資格変更等に係る異動情報を被保護者異動連絡票により、毎月初（3日まで）に国保連へ提供する。

イ 被保護者異動連絡票は、帳票で可。

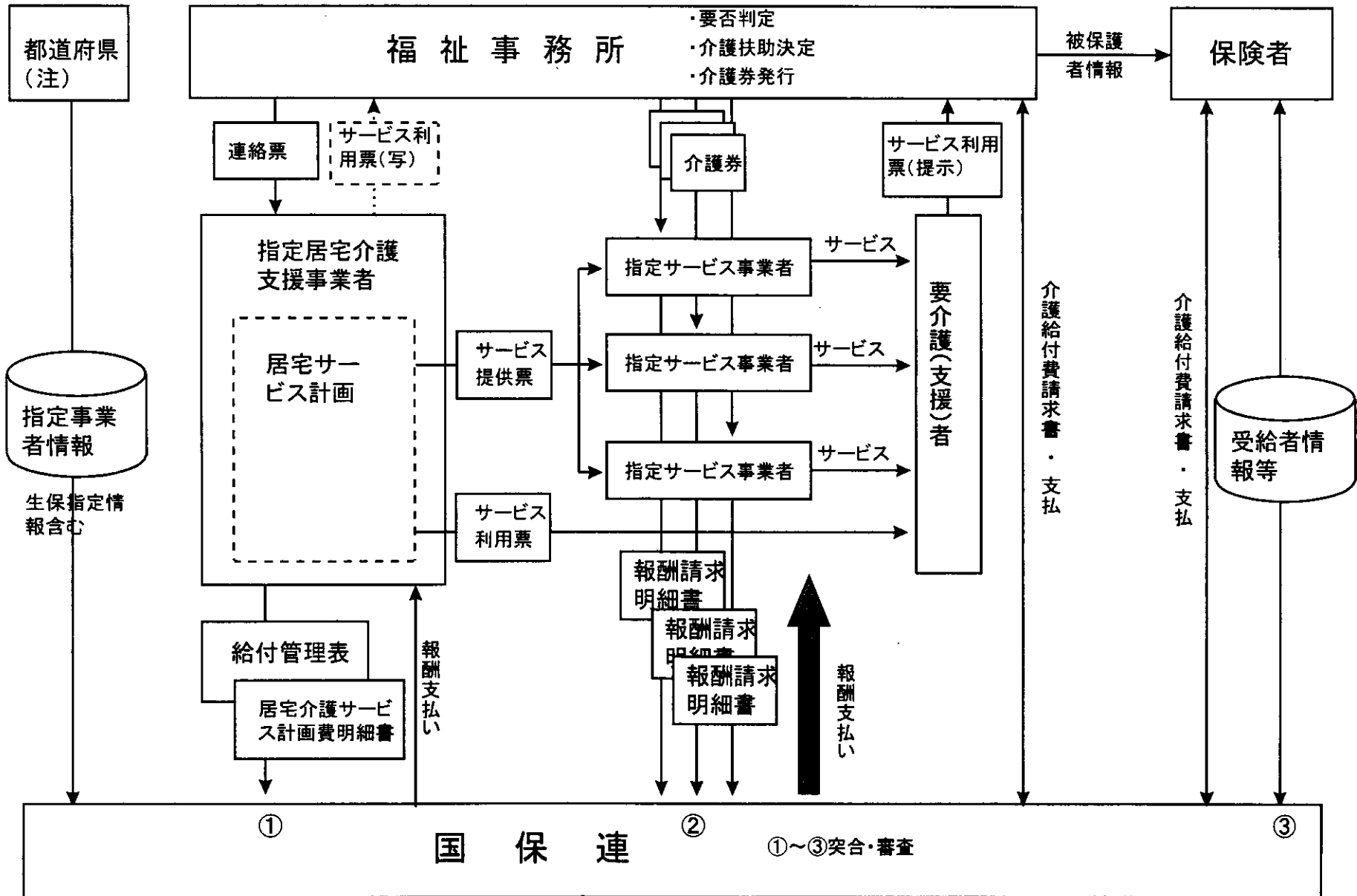
※ 被保護者異動連絡票（案）は、現段階の案であり、今後国保中央会との調整により変更があり得る。

## 介護扶助給付事務手続きの流れ

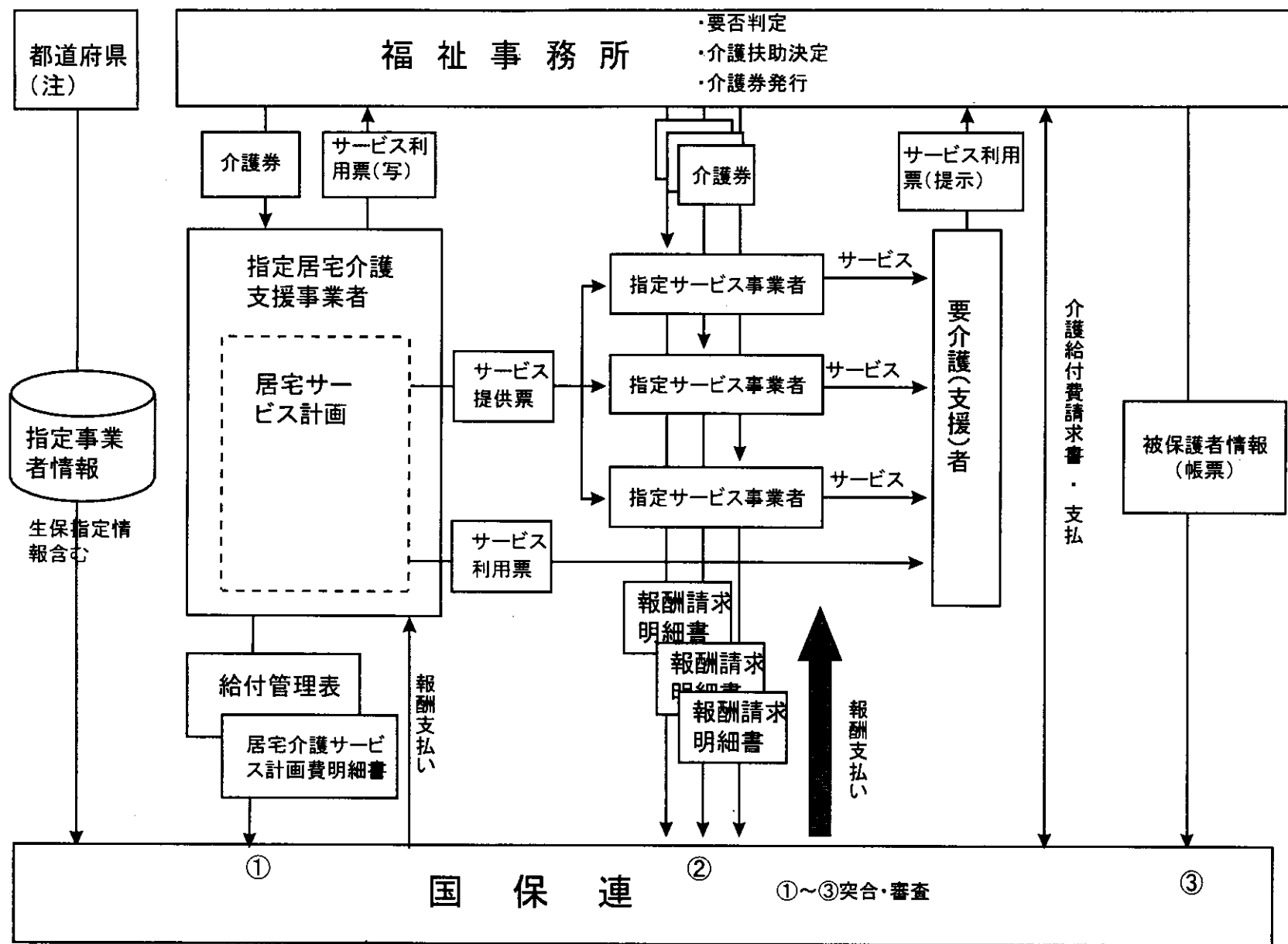


(注) 1 ゴシック体は被保険者以外の者(生保10/10負担)にかかる手続き  
 2 ※は、介護保険法上の仕組みであり、居宅介護の場合のみ送付される。  
 3 被保険者については、被保険者の申請に基づいて介護保険の要介護認定、介護サービス計画作成等の手続きが行われていることを前提としている。

# 審査・支払の流れ(被保険者)



# 審査・支払の流れ(被保険者以外)



(注) 指定事業者情報については、都道府県の介護担当部局が、生活保護等の指定情報も含め磁気媒体により国保連へ提供する方向で検討中。

## 2. 介護券に係る具体的な事務手続き

### (1) 福祉事務所

#### ① 介護券の作成

ア 介護券の様式は別紙1とする（生保単独・介護保険併用、サービスの種類を問わず1種類とする。）。

イ 受給者番号の付与（新医療扶助方式と同じ）

新医療券方式に準じて、介護券には、各月ごとに異なる番号である受給者番号を使用することとする。医療扶助と併給の場合は、医療券の受給者番号と共通番号とすることも考えられる。

#### ② 介護券交付処理簿の作成

介護券交付処理簿を別紙2により作成する。（生活保護法施行細則準則の改正）

#### ③ 介護券交付

介護券を暦月単位で指定介護機関に交付する。

#### ④ 審査支払済レセプト（検討中）と介護券交付処理簿の突合

「交付した介護券に基づく請求であるか」、「指定介護機関における転記が正確であるか」、「有効期間日数より介護実日数が多く算定されていないか」等について、審査支払済レセプトと介護券交付処理簿の突合により確認する。

※ 国保連から都道府県に送られてくる審査支払い結果の明細様式については、現在国保中央会と調整中であり、追ってお示しする予定である。

#### ⑤ 過誤調整依頼

誤った請求があった場合には、指定介護機関等に連絡の上、国保連に対して再審査を依頼する。

### (2) 指定介護機関

#### ① 有効な介護券に基づくサービスの提供

被保護者の介護にあたっては介護券を確認の上、サービスを行う。

#### ② 介護券からレセプトへの正確な転記

指定介護機関が作成したレセプトにより、国保連及び都道府県市本庁における審査支

払並びに福祉事務所におけるレセプトの分類識別が行われることから、介護券からレセプトへ必要事項を正確に転記する。

### ③ 介護券の保管及び処分

福祉事務所が審査支払済レセプトを点検するに際して、指定介護機関に対する確認が必要となる場合があり得ることから、指定介護機関は、福祉事務所における確認作業が終了するまでの間介護券を保管することとし、確認終了後は指定介護機関の責任において処分することとする。

公費負担者番号		有効期間	日から	日まで
受給者番号		単独・併用別	単 独 ・ 併 用	
保険者番号		被保険者番号		
(フリガナ) 氏 名			生年月日 1.明・2.大・3.昭 年 月 日生	性別 1.男 2.女
要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5			
認定有効期間	平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで	
居 住 地				
指定居宅介護支援事業者名	事業所番号			
指定介護機関名	事業所番号			
居 宅 介 護	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	施設介護	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	
		居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	
		本人支払額	円	
地区担当員名	取扱担当者名			
福祉事務所長 印				
備 考	介護保険	あ	り	な
	結核予防法第34条	あ	り	な
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条	あ	り	な
	そ の 他			

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。



様式第 号

介 護 券 交 付 処 理 簿 (案)

( 年 月分)

受給者 番 号	交 付 年月日	受給月	ケース 番 号	保険者 番 号	被保険 者番号	受給者 氏 名	住 所	介 護 機関名	介 護 機 関 コード	サービ ス種類 別	単 独 併 用	有 効 期 間	本 人 支払額	交 付 吏員印	備 考

### 3. 介護券の記載事項

① 公費負担者番号（8桁）

福祉事務所コードを記入

② 有効期間

当該月のうち、介護扶助を適用する期間を記入。

③ 受給者番号（7桁）

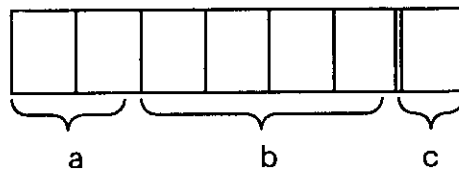
ア 新医療扶助方式と同様、各福祉事務所が任意に7桁の番号を付番する。

イ 受給者番号は、原則として、月単位で異なる番号とし、複数事業者があっても当該月に発行する番号は同じとする。

ウ 同一月において医療扶助も同時に提供される場合には医療扶助における受給者番号と共通番号とすることも考えられる。

→ 福祉事務所審査用。指定事業者は、レセプト（別添様式案参照）の「公費受給者番号」欄（7桁）に受給者番号を転記して請求することとなる。

（参考）医療扶助における受給者番号の付け方（例）



- a：地区番号等（分類作業に活用できるように各福祉事務所毎で任意に設定する。）
- b：任意番号（各福祉事務所毎で任意に設定する。）
- c：検証番号欄

④ 単独・併用の別

生活保護単独、介護保険との併用の別を記入

⑤ 保険者番号（6桁）

介護保険被保険者の場合は被保険者証に記載の保険者番号を記入。被保険者以外の者については居住市町村の保険者番号を記入する。

→ 国保連管理用。被保険者以外の場合に居住市町村における給付上限等の管理を行う必要があるため。

⑥ 被保険者番号（10桁）

（介護保険被保険者の場合）

被保険者証に記載の被保険者番号を記入。

(被保険者以外の者の場合)

福祉事務所が固定番号を付番する。なお、被保険者との識別を容易とするため、冒頭の1桁は英字の「H」とする(被保険者の場合、番号はすべて数字)。また、県内での番号重複を避けるため2桁目から4桁目は福祉事務所コードの機関番号とする。

→ 国保連管理用。被保険者以外の場合に居住市町村における給付上限等の管理を行う必要があるため。

(例) 東京都千代田区福祉事務所

H	1	0	1				
---	---	---	---	--	--	--	--

福祉事務所  
コードのうち  
機関番号

福祉事務所  
任意番号  
(既存のケース番号等)

⑦ 氏名、生年月日、性別

本人確認、問い合わせの際の確認用。

⑧ 要介護状態区分、認定有効期間

被保険者については被保険者証から転記する(確認用)。被保険者以外の者については委託した要介護認定の結果を記載。

⑨ 居住地

居住地を記載。なお、被保険者以外の者については居住地を基に5の欄を記載する。

⑩ 指定居宅介護支援事業者名

被保険者以外の者について、居宅サービス計画の作成を委託した指定介護機関名及び指定介護機関コードを記載。

→ 被保険者以外の者にかかる居宅介護サービス計画費(生保10割)の請求、審査用。

⑪ 指定介護機関名

介護扶助の委託を決定した指定介護機関名及び指定介護機関コードを記載。

⑫ サービス欄

該当サービスの種類をチェック。

⑬ 本人支払額欄

本人支払額がある場合に記入。

⑭ 備考

介護保険、他の公費負担医療の適用状況を記載。