

事務連絡
平成12年3月17日

各都道府県介護保険担当課（室）長 殿

厚生省老人保健福祉局
介護保険制度施行準備室長

**訪問通所の区分支給限度基準額の短期入所の利用限度日数
への振替えについて**

標記については、3月16日付けで厚生大臣より医療保険福祉審議会に対し居宅介護サービス費区分支給限度基準額及び居宅支援サービス費区分支給限度基準額の一部改正として諮問し、同日付けにて了承する旨の答申をいただいたところである。

本改正の内容については、後日、正式に告示等改正を公布することを予定しているが、今回の特例措置の内容等については下記のとおりであるので、内容を御了知のうえ、管下市区町村及び居宅介護支援事業者をはじめ関係の事業者に対して早急に周知を図られたい。

記

1. 基本的考え方

今回の特例措置は、現在の短期入所サービスの利用実態等にかんがみ、通常の短期入所サービス区分に係る区分支給限度基準額（以下「法定限度額」という。）では在宅介護を継続することが困難な者に対して、短期入所サービスの基盤整備状況が十分な市町村に限り、訪問通所サービス区分に係る区分支給限度基準額の範囲内において行われる特例的な措置である。

従って、今回の特例措置の実施や要件の適合性についても、保険者たる市

町村において判断されるものである。

2. 対象市町村

特例措置は、各市町村の短期入所サービスの必要量の見込み及び短期入所サービスを提供する体制の確保の状況を勘案して、各市町村の判断により実施するか否かを定める。

「短期入所サービスの必要量の見込み及び短期入所サービスを提供する体制の確保の状況を勘案して判断する」という趣旨は、振り替え利用について1月当たり2週間の限度を設けることとあわせて、本特例措置を行うこととした結果、できるだけ幅広い者に短期入所サービスの利用が定着するようにという短期入所サービスに係る区分支給限度基準額を設けた本来のねらいを損なうことのないよう、短期入所サービスの基盤整備が整った市町村において行うこととするものである。

市町村は、利用者及び居宅介護支援事業者の便宜のため、特例措置を行うか否かについてできるだけ早く周知する必要がある。

なお、当面、特例措置を行わないこととする市町村についても、短期入所サービスの利用状況等を踏まえつつ、年度途中において特例措置を行うこととしても差し支えないが、この場合についても、利用者間の不公平のないよう、利用者、居宅介護支援事業者及び短期入所サービス事業者等に十分周知を図ることが必要である。

3. 対象者

特例措置の対象となる者は、

- ①利用者が痴呆であることなどにより、同居している家族等の介護が困難な場合や、
- ②同居している家族等が高齢、疾病であること等を理由として十分な介護ができない場合

など、短期入所サービスを法定限度額を拡大して受けなければ在宅介護の継続が困難であると市町村が認める者である。

個々の対象者についての具体的な適否は、上記要件を踏まえて、市町村の

判断に委ねられる。

特例措置により受ける短期入所サービスに係る保険給付は、償還払いによる支払いとなる（４（５）参照）が、利用者又は居宅介護支援事業者は、遅くとも法定限度額を超えた短期入所サービス利用を行うまでには、市町村に対して、当該利用者が上記要件に該当し、特例措置の対象となるか否かを確認することが必要である。市町村は、必要に応じて当該利用者の状況等について認定調査票などで確認のうえ、できるだけ速やかに（遅くとも法定限度額を超えた短期入所サービス利用の開始までの間に）適否について回答する。

4. 特例措置の内容

2. の市町村は、3. の要件に該当すると認める者について、法定限度額に係る日数に至るまで短期入所サービスを利用して以後(1)の各月において、当該各月の訪問通所サービス区分に係る区分支給限度基準額から当該各月における訪問通所サービスの利用分を控除した単位数を(2)短期入所サービスの日数に「振り替え」(3)、その範囲内で現に短期入所サービスを利用した日数分を、法定限度額に上乗せすることができる。

ただし、できるだけ幅広い者による短期入所サービスの利用が定着するよう、特例措置の適用を受ける月については、法定限度額の範囲内の利用日数も含めて、2週間（14日）を限度として区分支給限度基準額の範囲内における短期入所サービスの利用ができる(4)こととする。

なお、特例措置による短期入所サービス利用については償還払いによる取扱いとする(5)。

(1) 特例措置は、当該者の短期入所サービスの利用日数が法定限度額に係る日数に至った後に適用されるものである（当該至った月（以下「超過月」という。）も含む。）。なお、「法定限度額」とは、介護保険法施行規則第68条第3項又は第87条第2項の規定に基づき区分支給限度基準額の拡大を受けている場合には、当該拡大後の区分支給限度基準額を指すものとする。

(2) 「訪問通所サービス区分に係る区分支給限度基準額から当該各月におけ

る訪問通所サービスの利用分を引いた単位数」とは、その月の訪問通所サービス区分に係る区分支給限度基準額に係る単位数（※）からその月に利用した訪問通所サービス区分に係る居宅サービス又はこれに相当するサービスのうち保険給付を受けたものに係る単位数（介護保険法施行規則第68条第4項及び第87条第3項の規定により、支給限度額管理の対象とならない費用の額（平成12年2月厚生省告示第38号）は除く。）を控除して算定する。

※ 要支援：6,150単位、要介護1：16,580単位、要介護2：19,480単位、要介護3：26,750単位、要介護4：30,600単位、要介護5：35,830単位

なお、各月の訪問通所サービスの利用実績については、居宅サービス計画に従い現物給付により利用されるもののほかに、償還払いにて利用されたサービスも含まれる。

なお、仮に、特例措置による振り替え利用に係る短期入所サービスの給付を行って以降、訪問通所サービスの償還払い請求が追加で上がってくるなどにより訪問通所サービスの利用実績が増えた場合には、短期入所サービスへ振り替えられる単位数が減ることとなり、一旦行った特例措置による短期入所サービスの償還払い給付の返還を行う必要が生ずる場合もありうることから、特例措置による償還払い請求が上がってきた場合には、市町村は、国保連からの現物給付に係る給付実績により訪問通所サービスの利用実績を確認するのにあわせて、被保険者に対し、

- ①全額を自己負担にて利用した訪問通所サービスがあるか否か、
 - ②またこれについて償還払い請求を行うか否か、
 - ③償還払い請求を行うとしてどの範囲で行うか
- について確認することが必要。

- (3) 訪問通所の短期入所への振り替えに当たっては、訪問通所の限度額は単位数管理、短期入所の限度額は日数管理であることから、訪問通所サービスの区分支給限度基準額から利用した単位数を控除して得た単位数を、以下に掲げる短期入所サービスの1日当たりの単位数で除して得た日数に換算する。なお、この場合の換算に用いる単位数は、訪問通所サービスの区分支給限度基準額の設定の際に用いたのと同様、短期入所生活介護（併設型3：1）と短期入所療養介護（老健施設型3：1）の平均単位数である。

除して得た数に端数が生じた場合、端数は切り上げて算定する。ただし、

0. 1未満の端数は切り捨てる。

- ①要支援 954単位
- ②要介護1 984単位
- ③要介護2 1,032単位
- ④要介護3 1,079単位
- ⑤要介護4 1,126単位
- ⑥要介護5 1,173単位

(4) また、振り替え利用を行う月は法定限度額の範囲内の日数も含めて2週間(14日)を限度として短期入所サービスの利用ができることとすることから、(3)の方法により除して得た日数が14日を超える場合には14日として算定するものとする。

(例) 要介護4の被保険者で、ある月の訪問通所の利用実績が10,000単位であった場合

$$(30,600 \text{ 単位} - 10,000 \text{ 単位}) \div 1,126 \text{ 単位} = 18.29\dots = 19 > 14$$

⇒この場合、14日と換算される。

ただし、法定限度額の範囲内での利用と「振り替え利用」が混在する超過月については、法定限度額の範囲内での利用日数とあわせて14日を超えないように算定する。

(例) 要介護4の被保険者(要介護認定有効期間6か月、法定限度額21日/6か月)

1月目 15日利用

2月目 法定限度額の範囲内で6日間利用+振り替え利用を行う場合

2月目の訪問通所の利用実績が10,300単位とすると、

$$(30,600 \text{ 単位} - 10,300 \text{ 単位}) \div 1,126 \text{ 単位} = 18.02\dots = 18 \text{ 日} > (14 \text{ 日} - 6 \text{ 日})$$

⇒この場合、8日(=14日-6日)と換算される。

(5) 特例措置による振り替え利用分について現物給付により利用することを可能とするためには、国保連、市町村、居宅介護支援事業者等のシステム的大幅な変更を必要とし、制度実施までの間に対応することは困難なため、居宅サービス計画(ケアプラン)に位置付けたとしても現物給付化できず、償還払いによる対応ということとなる。(今回あわせて現物給付化の要件(介護保険法施行規則第64条)を改正し、特例措置により振り替え利用された短期入所サービスは現物給付化の対象から除くこととする。)

5. 訪問通所サービスの利用実績が6割未満の場合の次期認定有効期間に係る 枠拡大措置との関係

(1) 基本的考え方

要介護更新認定申請等の際に、当該申請を行った日の3月前及び4月前の月の訪問通所の利用実績が6割未満の場合については、当該申請に係る認定有効期間の短期入所の利用限度日数を原則2倍に拡大する「次期拡大措置」がとられる。

この「次期拡大措置」と今回の「特例措置」はいずれも訪問通所の区分支給限度基準額から利用した額を控除して得た額を短期入所の利用限度日数に振り替える措置であるが、3月前及び4月前の月におけるこの控除して得た額が、「次期拡大措置」及び「特例措置」により二重に振り替えられないように調整する。

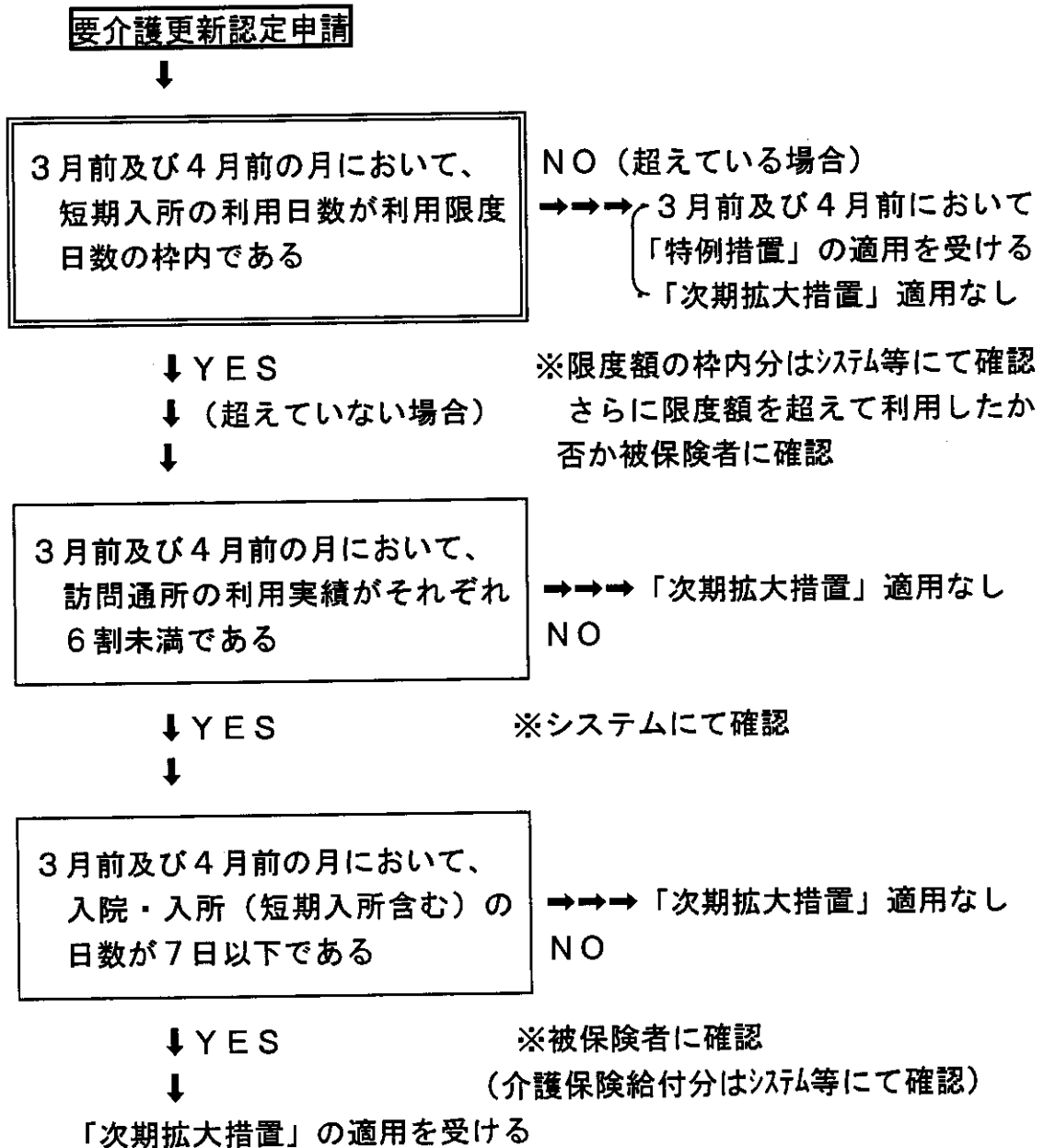
(2) 調整の方法

認定申請の3月前及び4月前の月において、短期入所サービスを法定限度額を超えて利用していない場合には、特例措置の適用があり得ないことから、この場合には「次期拡大措置」を行っても二重に振り替えられることはない。

一方、3月前及び4月前の月において法定限度額を超えた短期入所サービスの利用がある場合には、特例措置の適用があり得ることから、「次期拡大措置」は行わないこととする。(今回あわせて「次期拡大措置」の告示(平成12年2月厚生省告示第37号)を改正し、「次期拡大措置」の要件として「特例措置の対象となる被保険者については、3月前及び4月前のそれぞれの月において、短期入所を法定限度額を超えて利用していないこと」を追加)

なお、「次期拡大措置」の適用を受ける短期入所限度額管理期間において、拡大された法定限度額を超えた短期入所サービスの利用がある場合は特例措置の適用を受けることがあるため、同一の短期入所限度額管理期間において両者の措置が併存することはあり得る。

<参考> 「次期拡大措置」の適用関係フロー図（特例措置との適用関係）



6. 具体例

(例1)

要支援	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (6,150 単位/月) ①						
利用単位数②	1000	1000	2000	2500	0	330
利用単位控除後③ (=①-②)	5150	5150	4150	3650	6150	5820
短期入所 (7日/6月⇒36日/6月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	5	2	—	—	—	—
振り替え利用可能日数④	—	6	5	4	7	7

*④=③÷954

*②の6割未満は3690単位未満

↑

↑

↑

4月前

3月前

更新認定申請

※「次期拡大措置」⇒不可

- ・3月前の月に法定限度額（延べ7日）を超えた利用（延べ13日）がある
- ・3月前の月において7日を超えた短期入所を行っている

(例2)

要支援	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (6,150 単位/月) ①						
利用単位数②	1000	1000	2000	2000	2000	2000
利用単位控除後③ (=①-②)	5150	5150	4150	4150	4150	4150
短期入所 (7日/6月⇒27日/6月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	5	2	—	—	—	—
振り替え利用可能日数④ (うち、現に利用した日数)	—	6 (0)	5 (5)	5 (5)	5 (5)	5 (5)

*④=③÷954

*②の6割未満は3690単位未満

↑

↑

↑

4月前

3月前

更新認定申請

※「次期拡大措置」⇒可

- ・3月前の月及び4月前の月に法定限度額（延べ7日）を超えた利用がない（延べ7日）
- ・3月前及び4月前の月がいずれも6割未満
- ・3月前及び4月前の月においていずれも入院入所が7日以下

(例3)

要支援 (拡大された後)	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (6,150 単位/月) ①						
利用単位数②	1000	1000	2000	2000	2000	2000
利用単位控除後③ (=①-②)	5150	5150	4150	4150	4150	4150
短期入所 (14日/6月⇒40日/6月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	10	4	-	-	-	-
振り替え利用可能日数④	-	6	5	5	5	5

*④=③÷954

*②の6割未満は3690単位未満

↑
4月前

↑
3月前

↑
更新認定申請

※「次期拡大措置」⇒不可

- ・3月前の月に法定限度額(延べ14日)を超えた利用(延べ20日)がある
- ・3月前及び4月前の月において7日を超えた短期入所を行っている

(例4)

要支援	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (6,150 単位/月) ①						
利用単位数②	1000	200	200	200	200	200
利用単位控除後③ (=①-②)	5150	5950	5950	5950	5950	5950
短期入所 (7日/6月⇒49日/6月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	7	-	-	-	-	-
振り替え利用可能日数④	7	7	7	7	7	7

*④=③÷954

*②の6割未満は3690単位未満

↑
4月前

↑
3月前

↑
更新認定申請

※「次期拡大措置」⇒不可

- ・3月前の月に法定限度額(延べ14日)を超えた利用(延べ21日)がある
- ・4月前の月において7日を超えた短期入所を行っている

(例5)

要介護1	1月	2月	3月	4月	5月	6月
訪問通所 (16,580 単位/月) ①						
利用単位数②	2000	2000	2000	2000	2000	3689
利用単位控除後③ (=①-②)	14580	14580	14580	14580	14580	12891
短期入所 (14日/6月⇒83日/6月)						
法定限度額範囲内での利用日数	13	1	-	-	-	-
振り替え利用可能日数④	-	13 (注1)	14 (注2)	14 (注2)	14 (注2)	14

*④=③÷984

↑

↑

↑

*②の6割未満は9948単位未満

4月前

3月前

更新認定申請

注1 除して得た日数は15日であるが、法定限度額とあわせて14日とするため、13日となる。

注2 除して得た日数は15日であるが、14日を限度とする。

※「次期拡大措置」⇒不可

- ・3月前の月において法定限度額(延べ14日)を超えた利用(延べ27日)がある
- ・4月前及び3月前の月において7日を超えた短期入所を行っている

(例6)

要介護2	1月	2月	3月	4月	5月	6月
訪問通所 (19,480 単位/月) ①						
利用単位数②	5000	5000	4000	6000	6000	5960
利用単位控除後③ (=①-②)	14480	14480	15480	13480	13480	13520
短期入所 (14日/6月⇒68日/6月)						
法定限度額範囲内での利用日数	7	7	-	-	-	-
振り替え利用可能日数④ (うち、現に利用した日数)	-	13 (0)	14(注1) (14)	13 (13)	13 (13)	14 (14)

*④=③÷1032

↑

↑

↑

*②の6割未満は11688単位未満

4月前

3月前

更新認定申請

注1 除して得た日数は15日であるが、14日を限度とする。

※「次期拡大措置」⇒可

- ・3月前の月及び4月前の月に法定限度額(延べ14日)を超えた利用がない(延べ14日)
- ・3月前及び4月前の月がいずれも6割未満
- ・3月前及び4月前の月においていずれも入院入所が7日以下

(例7)

要介護3	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (26,750 単位/月) ①						
利用単位数②	10000	10000	10000	10000	10000	12615
利用単位控除後③ (=①-②)	16750	16750	16750	16750	16750	14135
短期入所 (21日/6月⇒74日/6月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	9	9	3	—	—	—
振り替え利用可能日数④	—	—	11(注1)	14(注2)	14(注2)	14

*④=③÷1079

*②の6割未満は16050単位未満

↑

↑

↑

4月前

3月前

更新認定申請

注1 除して得た日数は16日であるが、法定限度額範囲内での利用日数とあわせて14日とする

注2 除して得た日数は16日であるが、14日を限度とする。

※「次期拡大措置」⇒不可

・3月前及び4月前の月において7日を超えた短期入所を行っている

(例8)

要介護4	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (30,600 単位/月) ①						
利用単位数②	10000	10000	10000	10000	10000	15849
利用単位控除後③ (=①-②)	20600	20600	20600	20600	20600	14751
短期入所 (21日/6月⇒74日/6月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	17	1	3	—	—	—
振り替え利用可能日数④	—	—	11(注1)	14(注2)	14(注2)	14

*④=③÷1126

*②の6割未満は18360単位未満

↑

↑

↑

4月前

3月前

更新認定申請

注1 除して得た日数は19日であるが、法定限度額範囲内での利用日数とあわせて14日とする

注2 除して得た日数は19日であるが、14日を限度とする。

※「次期拡大措置」⇒不可

・4月前の月において7日を超えた短期入所を行っている

(例 9)

要介護 5	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (35,830 単位/月) ①						
利用単位数②	20000	20000	10000	20000	30000	20463
利用単位控除後③ (=①-②)	15830	15830	25830	15830	5830	15367
短期入所 (4 2 日/6 月⇒6 4 日/6 月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	7	6	1 8	1 1	—	—
振り替え利用可能日数④	—	—	—	3 (注1)	5	14

*④=③÷1173

↑

↑

↑

*②の6割未満は21498単位未満

4月前

3月前

更新認定申請

注1 除して得た日数は14日であるが、法定限度額範囲内での利用日数とあわせて14日とする

※「次期拡大措置」⇒可

- ・ 3 月前の月及び 4 月前の月に法定限度額 (延べ 4 2 日) を超えた利用がない (延べ 1 3 日)
- ・ 3 月前及び 4 月前の月がいずれも 6 割未満
- ・ 3 月前及び 4 月前の月においていずれも入院入所が 7 日以下

(例 1 0)

要介護 5 (拡大された後)	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
訪問通所 (35,830 単位/月) ①						
利用単位数②	10000	10000	10000	20000	29000	20000
利用単位控除後③ (=①-②)	25830	25830	25830	15830	6830	15830
短期入所 (6 3 日/6 月⇒9 7 日/6 月)						
法定限度額範囲内での利用 日数	2 1	2 1	2 1	—	—	—
振り替え利用可能日数④	—	—	—	1 4	6	14

*④=③÷1173

↑

↑

↑

*②の6割未満は21498単位未満

4月前

3月前

更新認定申請

※「次期拡大措置」⇒不可

- ・ 3 月前及び 4 月前の月において 7 日を超えた短期入所を行っている

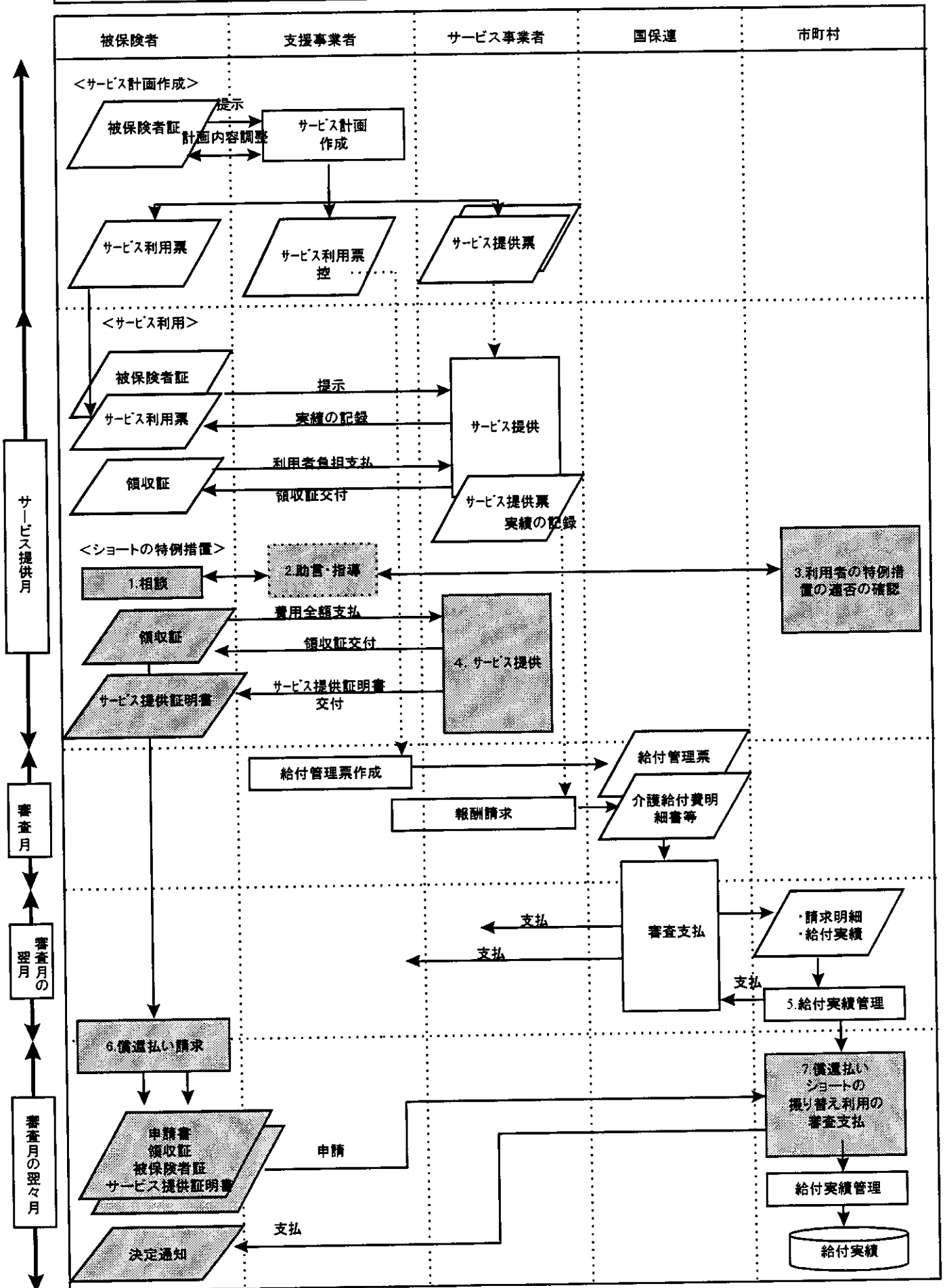
(参考) 訪問通所の利用単位数控除後の単位数と短期入所への換算日数

日数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1	96 ~	99 ~	104 ~	108 ~	113 ~	118 ~
2	1,050 ~	1,083 ~	1,136 ~	1,187 ~	1,239 ~	1,291 ~
3	2,004 ~	2,067 ~	2,168 ~	2,266 ~	2,365 ~	2,464 ~
4	2,958 ~	3,051 ~	3,200 ~	3,345 ~	3,491 ~	3,637 ~
5	3,912 ~	4,035 ~	4,232 ~	4,424 ~	4,617 ~	4,810 ~
6	4,866 ~	5,019 ~	5,264 ~	5,503 ~	5,743 ~	5,983 ~
7	5,820 ~	6,003 ~	6,296 ~	6,582 ~	6,869 ~	7,156 ~
8		6,987 ~	7,328 ~	7,661 ~	7,995 ~	8,329 ~
9		7,971 ~	8,360 ~	8,740 ~	9,121 ~	9,502 ~
10		8,955 ~	9,392 ~	9,819 ~	10,247 ~	10,675 ~
11		9,939 ~	10,424 ~	10,898 ~	11,373 ~	11,848 ~
12		10,923 ~	11,456 ~	11,977 ~	12,499 ~	13,021 ~
13		11,907 ~	12,488 ~	13,056 ~	13,625 ~	14,194 ~
14		12,891 ~	13,520 ~	14,135 ~	14,751 ~	15,367 ~

(注) 表の見方

例えば、要介護1の被保険者のある月の訪問通所に係る利用単位数控除後の単位数が4,000単位である場合、3,051単位以上4,035単位未満であるので、短期入所へ振り替え可能な日数は4日となる。

ショートステイの振り替え利用を行う場合



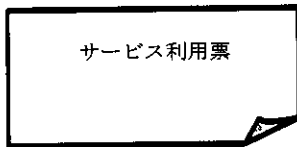
短期入所の振り替え利用に係る利用者への説明事項及び上限管理について

【利用者への説明事項】～サービス利用票の作成～

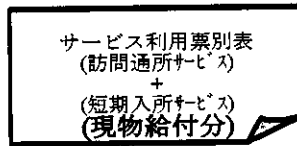
短期入所の振り替え利用における償還払い事務については市町村が行う。
このため、振り替えによる利用が行われる月においては、以下の説明を要することとなる。

- ・償還払い(一旦、全額を支払う)により実施されること。
- ・「訪問通所サービス」の利用実績を把握し、事後的に振り替えが行われるため、振り替え枠を超えた利用があった場合、その分については全額自己負担となること。
- ・このため、「訪問通所サービス」において月途中での変更(利用増)等を希望する場合、必ず連絡を行うこと。等

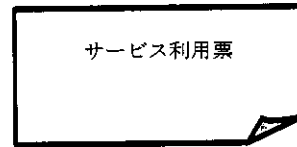
①当月の短期入所サービスに「枠内利用」と「振り替え利用」が混在する場合



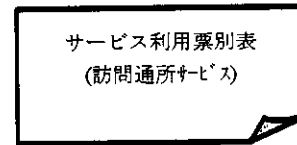
→利用者へ



②当月の短期入所サービスが全て「振り替え利用」の場合(振り替え後の月)



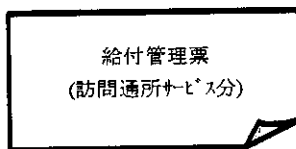
→利用者へ



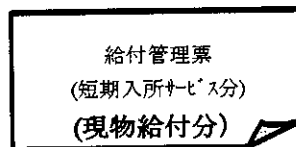
【上限管理】～給付管理票の作成～

短期入所の振り替え利用は償還払いにより行われるため、振り替え後は「訪問通所サービス区分」についてのみ、給付管理業務を行うこととなる。

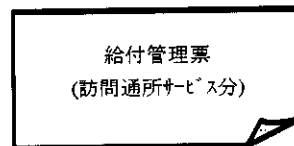
①当月の短期入所サービスに「枠内利用」と「振り替え利用」が混在する場合



→国保連へ



②当月の短期入所サービスが全て「振り替え利用」の場合(振り替え後の月)



→国保連へ

事 務 連 絡
平成12年3月17日

各都道府県介護保険担当課（室）長 殿

厚生省老人保健福祉局
介護保険制度施行準備室長

介護サービス事業者等と利用者の中で作成する契約書及び
介護サービス事業者等が発行する領収証に係る印紙税の取
扱いについて

介護保険制度において、介護サービス事業者等と利用者の中で作成する契約書及び介護サービス事業者等が発行する領収証に係る印紙税の取扱いにつきまして、当省から国税庁に対し照会しましたところ、国税庁から別添Q&Aのとおり回答を受けましたので、内容御了知のうえ、関係事業者等へ周知を図られるようお願いいたします。

(別添)

Q 介護保険制度において、介護サービス事業者と利用者（要介護認定を受けた者又はその保護者等）との間で介護サービスの提供に伴う次のような契約書を作成した場合、これらの契約書は印紙税の課税文書に該当するのでしょうか。

なお、これらの契約書は、介護保険制度において、サービス事業者と利用者の権利・義務を明らかにするために作成されるもので、利用者の要望に沿って適切な介護サービスを提供するため、原則として、介護サービス計画に従って、利用者が受けることができる（希望する）個々の介護サービスの内容及び料金などを定めるものです。

- ①居宅介護支援サービス契約書及び付属書類
- ②訪問介護サービス契約書及び付属書類
- ③訪問入浴介護サービス契約書及び付属書類
- ④訪問看護サービス契約書及び付属書類
- ⑤訪問リハビリテーションサービス契約書及び付属書類
- ⑥居宅療養管理指導サービス契約書及び付属書類
- ⑦通所介護サービス契約書及び付属書類
- ⑧通所リハビリテーションサービス契約書及び付属書類
- ⑨短期入所生活介護サービス契約書及び付属書類
- ⑩短期入所療養介護サービス契約書及び付属書類
- ⑪痴呆対応型共同生活介護サービス契約書及び付属書類
- ⑫特定施設入所者生活介護サービス契約書及び付属書類
- ⑬福祉用具貸与サービス契約書及び付属書類
- ⑭介護福祉施設サービス契約書及び付属書類
- ⑮介護保健施設サービス契約書及び付属書類
- ⑯介護療養型医療施設サービス契約書及び付属書類

A) 介護保険制度下において作成されるこれらの契約書は、原則として、印紙税の課税文書には該当しません。

なお、上記の各種の介護サービスを複合的に組み合わせた契約書を作成した場合も同様の取扱いとなります。

<考え方>

印紙税は、印紙税が課税されるべき事項を記載して作成した文書に対して課税されるものですから、ご質問の契約書が課税の対象となるかどうかは、その個々の契約書に記載された内容に基づき個別に判断することとなります。

そこで、事例の各種の介護サービス契約書の内容をみますと、利用者が受けることができる介護サービスの具体的な内容（例えば、訪問、施設通所又は施設入所による、①居宅介護支援（介護サービス計画の作成及び連絡調整）、②入浴・食事等の介護、③日常生活上の世話、④療養上の世話・診療の補助、⑤リハビリテーション・機能訓練、及び⑥福祉用具貸与等並びにこれらの個々のサービス利用料金）が記載されていますが、これらの個々のサービス内容及び料金の明細は、原則として、利用者の要望に沿った介護サービス計画に従い、利用者が全体として適切な介護サービスの提供を受けるために記載されているものと考えられます。

したがって、事例の各種の契約書に記載される個々の介護サービスの内容は、「当事者の一方が仕事の完成を約し、相手方がその仕事の結果に対して報酬を支払う」という性格のものではないものと認められますから、これらの介護サービス事項のみを定める契約書は、原則として、民法上の請負契約書には該当せず、また、その他のいずれの課税文書にも該当しません。

Q 介護サービス事業者が要介護認定を受けた者に介護サービスを実施した場合には、利用料を受領することとなります。その際、介護サービス事業者は、「領収証」を発行することになりますが、この領収証に係る印紙税の取扱いはどのようになりますか。

特に、作成者が、「特定非営利活動法人（NPO法人）」である場合には、どのようになりますか。

A) 介護サービス事業者が、要介護認定を受けた者から介護サービスに係る費用を受領した場合に作成する「領収証」は、第17号の1文書（売上代金に係る金銭又は有価証券の受取書）に該当します。

なお、第17号の1文書に該当する「領収証」を作成しても、次の場合には非課税となります。

① 地方公共団体そのものが作成者であるもの

② 記載された受取金額^(注)が3万円未満のもの

(注) 法定代理受領の場合は、利用者負担分(通常は1割)の額

③ 営業に関しないもの

この場合の営業に関しないものとは、例えば、その領収証の作成者が「公益法人(財団法人、社団法人、社会福祉法人又は医療法人等)」であるもの及び^(注)「特定非営利活動法人(NPO法人)」等であるものはこれに該当します。

(注) NPO法人は特定非営利活動促進法により設立が認められた法人であり、いわゆる会社以外の法人に該当します。

したがって、当該NPO法人の定款の定めにより剰余金等の分配ができないこととされている場合には、営業者には該当しないことになります。