

事 務 連 絡  
令和 8 年（2026 年） 8 月 3 1 日

各住宅改修事業所  
各福祉用具販売事業所  
各高齢者支援センターささえりあ  
各居宅介護支援事業所

} 御中

熊本市介護保険課

令和 8 年熊本地震で被災した被保険者に係る住宅改修費、  
特定福祉用具購入費に関する取扱いについて

本市では、令和 8 年熊本地震で被災された方を対象に介護保険サービスの利用者負担額（1～3 割負担分）を免除する取扱いを行います。

このうち、住宅改修費、特定福祉用具購入費の申請に関する取扱いについては、下記のとおりとしますので、よろしくお取り計らいいただきますようお願いいたします。

#### 記

#### 1. 対象者

- (1) 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をされた方
- (2) 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負われた方
- (3) 主たる生計維持者の行方が不明である方
- (4) 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止された方
- (5) 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方

#### 2. 申請に関する取扱い

- ・ (1) の場合は通常の申請書類に加え、り災証明書（写し可）をご提出ください。  
※住家の全壊、大規模半壊、中規模半壊、半壊等の判定となった方が対象です。  
※事前申請時点でり災証明書が交付されていない場合は、申請書の欄外に「り災証明書申請済」と記載し、支給申請（本申請）時にり災証明書を確認いたします。
- ・ (2) ～ (5) の場合は該当となる要件や必要書類等が異なりますので、まずは区役所の窓口にてご相談をお願いします。
- ・ すでに利用者負担分（1～3 割負担分）を支払い済で支給決定後の場合は、別紙の「介護保険利用料還付申請書」にり災証明書（写し可）を添付して提出する（領収証は添付不要）ことで、利用者負担分を被保険者ご本人に還付します。対象の方を把握されている場合は、ご案内にご協力いただきますようお願いいたします。

#### 3. 免除対象

- ・ 令和 8 年 7 月 1 日から令和 8 年 1 1 月末日までに工事・納品が完了した分  
※今後の状況によって延長する可能性があります。

熊本市 健康福祉局 高齢者支援部  
介護保険課 認定給付班  
TEL 096-328-2347  
FAX 096-327-0855

介護保険利用料還付申請書

(別紙)

|                                                                                                                                                                                                                                 |                     |       |           |      |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|-----------|------|---------|
| 被 保 険 者 番 号                                                                                                                                                                                                                     |                     |       | 保 険 者 番 号 |      |         |
| 介護サービスを利用した被保険者                                                                                                                                                                                                                 | フリガナ<br>氏 名         |       |           | 生年月日 | 大・昭 . . |
|                                                                                                                                                                                                                                 | 性 別                 | 男 ・ 女 |           | 電話番号 |         |
|                                                                                                                                                                                                                                 | 住 所                 | 〒     |           |      |         |
| 利用した介護サービス事業所の名称・所在地                                                                                                                                                                                                            | 名 称                 |       |           |      |         |
|                                                                                                                                                                                                                                 | 所 在 地               | 〒     |           |      |         |
| 介護サービスを利用した期間                                                                                                                                                                                                                   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |       |           |      |         |
| 介護サービス事業所に対し支払った利用料の額                                                                                                                                                                                                           |                     |       | 円         |      |         |
| <p>(還付を申請する理由)</p> <p>熊本地震により、介護保険の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。(申請者において該当する番号を○で囲んで下さい。)</p> <p>1 利用料の免除が受けられることを知らず、利用料を既に支払ったため</p> <p>2 免除証明書の交付を受けることが遅れたため</p> <p>3 その他やむを得ない理由により、介護サービス事業所の窓口免除証明書の提出ができなかったため</p> <p>( )</p> |                     |       |           |      |         |

市町村長殿

上記のとおり関係書類を添えて介護サービスの利用料の還付を申請します。

令和 年 月 日

申請者

住 所  
氏 名

電話番号

還付される利用料の振込先口座の情報をご記入ください。

|                |          |               |      |  |  |  |  |  |
|----------------|----------|---------------|------|--|--|--|--|--|
| 還付先金融機関        | 支店名      | 預金種類          | 口座番号 |  |  |  |  |  |
| 銀行・信金<br>農協・信組 | 支店<br>本店 | 普通<br>・<br>当座 |      |  |  |  |  |  |
| 銀行コード          | 支店コード    |               |      |  |  |  |  |  |
| 口座名義人          | フリガナ     |               |      |  |  |  |  |  |
|                | 氏 名      |               |      |  |  |  |  |  |

(注意) 介護サービス事業所で支払った額のうち、還付の対象となるのはサービス利用料のみです。