

掛川市規則第40号

掛川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに制定する。

平成27年12月24日

掛川市長

(別紙)

掛川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

掛川市介護保険条例施行規則（平成17年掛川市規則第90号）の一部を次のように改正する。

第5条の見出しを「（被保険者証等の再交付申請書）」に改め、同条中「第27条第1項」の次に「及び第28条の2第4項」を加える。

第7条中「第42条第1項」の次に「及び第55条の2第1項」を加える。

第20条の見出しを「（高額介護サービス費に係る支給の申請）」に改め、同条を同条第2項とし、同条に第1項として次の1項を加える。

省令第83条の2の3に規定する申請書は、介護保険基準収入額適用申請書（様式第13号の2）による。

第29条の見出しを「（高額介護予防サービス費に係る支給の申請）」に改め、同条を同条第2項とし、同条に第1項として次の1項を加える。

省令第97条の2の2に規定する申請書は、介護保険基準収入額適用申請書による。

様式第1号から様式第5号までを次のように改める。

様式第1号（第3条関係）

住所地特例適用・変更・終了届書

（あて先）掛川市長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

（注）上記（適用・変更・終了）から該当するものに○印を付けてください。

在宅 → 施設：適用 施設 → 施設：変更 施設 → 在宅：終了

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

（注）届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所の欄は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号														
	フリガナ											個人番号			
	氏 名											生年月日	明・大・昭 年 月 日		
												性 別	男 ・ 女		

世 帯 主	氏名		世帯主との続柄	個人番号	
				生年月日	明・大・昭 年 月 日
				性 別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	電話番号			
	* 異動前住所が施設の場合は、次の欄も記入してください。				
	施 名 称				
	設 退所年月日	年 月 日			

異 動 後 情 報	現住所	電話番号			
	* 異動後居住地が施設の場合は、次の欄も記入してください。				
	施 名 称				
	設 入所年月日	年 月 日			

被 保 険 者 証 交 付 申 請 書

（あて先）掛川市長

次のとおり被保険者証の交付を申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	電話番号	

（注）申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所の欄は、記入不要です。

被 保 険 者	フリガナ		個人番号	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	住 所	電話番号		
世帯主氏名				

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

被保険者証等再交付申請書

（あて先）掛川市長

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	電話番号		

（注）申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所の欄は、記入不要です。

被 保 者	被保険者番号																				
	フリガナ											個人番号									
保 険 者	氏 名											生年月日	明・大・昭	年	月	日					
												性 別	男 ・ 女								
	住 所	電話番号																			
	世帯主氏名																				

再交付する 証 明 書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 その他（ ）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

様式第4号（第6条関係）

介護保険要介護（要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年	月	日				
被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏名								
	住所								
	前回要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	有効期間	年	月	日から	年	月	日まで	
	過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期 間	年	月	日～	年	月	日
		介護保険施設の名称等・所在地	期 間	年	月	日～	年	月	日
医療機関等の名称等・所在地		期 間	年	月	日～	年	月	日	
医療機関等の名称等・所在地		期 間	年	月	日～	年	月	日	

提出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） ㊟
	住 所	電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	電話番号

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成のため必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険要介護（要支援）認定区分変更申請書

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日	
被 保 険 者	被保険者番号	個人番号		
	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	氏 名	性 別	男 ・ 女	
	住 所			
	現在の要介護認定の結果等	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	変更申請の理由			
	過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 有無 有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地	期 間	年 月 日～ 年 月 日
		介護保険施設の名称等・所在地	期 間	年 月 日～ 年 月 日
医療機関等の名称等・所在地		期 間	年 月 日～ 年 月 日	
医療機関等の名称等・所在地		期 間	年 月 日～ 年 月 日	

提出 代 行 者	名 称	(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・ 介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 該当を○で囲むこと。 印
	住 所	電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在 地	電話番号

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成のため必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

様式第6号及び様式第7号を次のように改める

様式第6号（第8条関係）

（表面）

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女							
	住 所 (転出先予定)	()											
異動予定日		年	月	日									
<p>上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定を次のとおり受けている者（申請中の者）であることを証する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">掛川市長 氏 名 印</p>													
認 定 済 ・ 申 請 中		申請年月日	年 月 日										
要介護状態区分		認定年月日	年 月 日										
認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで有効												
利用者の負担割合	割 () (住所移転前の負担割合)												
認定審査会の意見等													
備 考													

注意事項

- 1 この受給資格証明書は、介護保険法第36条の規定に基づき、転出先の市町村で改めて認定調査等を受けることなく、認定を受けることが可能となるように掛川市が交付したもので、被保険者証ではありません。したがって、この証明書で介護保険の保険給付を受けることはできません。
- 2 住所を異動した先の市町村が、新たに介護保険の保険者となり、あなたは、その市町村の介護保険の被保険者となります。
- 3 住所を異動した際は、直ちにその市町村の窓口で転入の届出をし、必ずこの証明書を提出して要介護認定・要支援認定等の申請をしてください。
- 4 あなたが住所を異動した日から14日を過ぎますと、この証明書は無効となりますので、十分に注意してください。
- 5 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、介護保険の保険給付が一部受けられなくなる場合がありますので、十分に注意してください。

様式第7号（第9条関係）

介護保険サービス種類指定変更申請書

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	電話番号	

（注）申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所の欄は、記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ				個人番号							
	氏 名	生年月日	明・大・昭		年 月 日							
		性 別	男 ・ 女									
	住 所	電話番号										
	現に受けている 要介護認定の結果等											
		有効期間	年 月 日から		年 月 日まで							
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の削除を求める旨												
種類指定変更理由												

主 治 医	主治医の氏名				医療機関名			
	所 在 地	電話番号						

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名			医療保険被保険者証記号番号		
特定疾病名					

様式第11号中

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							

を

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		個人番号							

に改める。

様式第13号の次に次の1様式を加える。

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり、関係書類を添えて、高額介護（介護予防）サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

フリガナ		被保険者番号													
被保険者氏名		個人番号													
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女												
フリガナ		被保険者番号													
被保険者氏名		個人番号													
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女												
フリガナ		被保険者番号													
被保険者氏名		個人番号													
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女												
住 所	〒														
	電話番号														

氏 名				
年中の収入	公 的 年 金			
	給与（パート収入を含む。）			
	（ ）年金 ・ 給与以外の収入			
	合 計			

申請者氏名		本人との関係
申請者住所		電話番号

（注）

- 申請者が被保険者本人の場合は、申請者氏名及び申請者住所の欄は、記入不要です。
- 市民税の課税の有無にかかわらず、被保険者本人（40歳以上65歳未満の方は除く。）及び被保険者本人と同一世帯に属する65歳以上の方それぞれの年間の総収入額を公的年金、給与、その他の収入に分けて記入してください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害者年金、遺族年金、恩給、特別弔慰金、災害弔慰金等）は、除きます。
- 公的年金等の源泉徴収票、給与所得の源泉徴収票、確定申告書の写し等の公的年金及び給与収入の額が確認できる書類を添付してください。ただし、次に掲げる収入についての添付書類は、不要です。
 - 1月1日において市内に住所がある方の公的年金収入
 - 収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入

様式第14号及び様式第14号の2を次のように改める。

様式第14号（第20条、第29条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		個人番号			
生年月日		明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
住所		電話番号			
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合被保険者番号
世帯構成	世帯主		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	
	世帯員		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	
			明・大・昭・平 年 月 日	男・女	
			明・大・昭・平 年 月 日	男・女	
<p>（あて先）掛川市長</p> <p>上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 なお、すでに支給済みの高額介護（介護予防）サービス費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護（介護予防）サービス費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所氏名 電話番号 本人との関係（ ）</p>					

（注）

- 1 今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また支給額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
- 2 給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 本店 信用金庫 支店 協同組合 出張所		種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ	口座名義人		

市記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算			有・無 給付割合	（所得分布の状況等を把握）

高額医療合算介護サービス費支給等申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、関係書類を添えて、高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給（自己負担額証明書の交付）を申請します。

申請年度	年度分	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取下げ	
フリガナ				続柄	1 世帯主	
被保険者氏名					2 擬制世帯主	
					3 世帯員	
個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
計算期間	年 月 日から			年 月 日まで		
国民健康保険資格情報						
保険者番号	被保険者証記号番号	保険者名称		加入期間		
				年 月 日から 年 月 日まで		
後期高齢者医療資格情報						
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称		加入期間		
				年 月 日から 年 月 日まで		
介護保険資格情報						
保険者番号	被保険者番号	保険者名称		加入期間		
				年 月 日から 年 月 日まで		
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	種目	1 普通預金		
	フリガナ			2 当座預金		
	口座名義人			3 その他 ()		
加入歴	保険者	加入期間			自己負担額証明書 整理番号	
		年 月 日から 年 月 日まで				
		年 月 日から 年 月 日まで				
		年 月 日から 年 月 日まで				

附 則

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の掛川市介護保険条例施行規則の様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。