

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。
様式第1号から様式第3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		

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

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。				
	施設	名称			
	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。				
	施設	名称			
	入所年月日	年 月 日			

様式第2号（第4条関係）

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
	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	
--------	--	---------------	--

様式第3号（第5条関係）

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 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				
	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 8 号から様式第10号までを次のように改める。

様式第8号（第13条、第23条関係）

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

(フリガナ) 被保険者氏名	-----	保 険 者 番 号	掛川市	-----	-----	-----	-----
		被 保 険 者 番 号	-----	-----	-----	-----	-----
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	個 人 番 号	-----	-----	-----	-----	-----
住 所	電話番号						
福 祉 用 具 品 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購 入 日				
		円	年 月 日				
		円	年 月 日				
		円	年 月 日				
福祉用具が必要な理由							

(注)

- 1 申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- 2 福祉用具が必要な理由の欄については、個々の用具ごとに記載してください。（欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。）

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

公金受取口座への 支給希望	<input type="checkbox"/> 有（個人番号の欄を記載してください。口座振込依頼欄記載不要） <input type="checkbox"/> 無（口座振込依頼欄を記載してください。個人番号の欄記載不要）		
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
	-----	-----	-----
	口 座 名 義 人 (カタカナで記入)	-----	

市記入欄

購入時の要介護度	支1・支2 1・2・3・4・5	履 歴	購入年月日	年 月 日
認 定 期 間	～		購 入 額	円
給 付 制 限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		残 高	円
給 付 割 合	割		購入種目	受付者
支 給 対 象 金 額	円			
支 給 金 額	円			

様式第9号（第14条、第24条関係）

居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。

(フリガナ) 被保険者氏名	-----		保 険 者 番 号	掛川市	-----	-----	-----	-----
			被 保 険 者 番 号	-----	-----	-----	-----	-----
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	個 人 番 号			
住 所	電話番号							
住宅の所有者	本人との関係（ ）							
改修の内容、 箇所及び規模	業 者 名							
	着工（予定）日		年	月	日			
	完成（予定）日		年	月	日			
改 修 費 用	円							

（注）住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、工事費の見積書及び住宅改修予定箇所の状態が確認できる書類を添付してください。

居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

公金受取口座 への支給希望	<input type="checkbox"/> 有（個人番号の欄を記載してください。口座振込依頼欄記載不要） <input type="checkbox"/> 無（口座振込依頼欄を記載してください。個人番号の欄記載不要）		
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	-----
	口座名義人 (カタカナで記入)	-----	

市記入欄

購入時の要介護度	支1・支2 1・2・3・4・5	履 歴	購入年月日	年	月	日
認 定 期 間	～		購 入 額	円		
給 付 制 限	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		残 高	円		
給 付 割 合	割		購 入 種 目	受付者		
支 給 対 象 金 額	円					
支 給 金 額	円					

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届書

		区 分	新規 ・ 変更
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		年 月 日	
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
事 業 所 名		事業所の所在地	
		電話番号 ()	
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者			
※ 居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。			
事 業 所 名		事業所の所在地	
		電話番号 ()	
事業所を変更する場合の事由等	(事業所を変更する場合のみ)		
(変更年月日 年 月 日)			
(あて先) 掛川市長 上記の事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号			
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提供することに同意します。 年 月 日 氏名			
保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号		

- (注意) 1 この届書は、要介護（要支援）認定の申請時又は居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに掛川市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず掛川市に届け出てください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一時的に全額自己負担していただくことがあります。

様式第13号の2から様式第14号の2までを次のように改める。

様式第13号の2（第20条、第29条関係）

介護保険基準収入額適用申請書

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																		
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																		
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																		
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）

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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) 1月1日において市内に住所がある方の公的年金収入
 - (2) 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（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			
住所		電話番号			
氏名		生年月日		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 年 月 日			
	世帯員	明・大・昭 年 月 日			
		明・大・昭 年 月 日			
		明・大・昭 年 月 日			
<p>（あて先）掛川市長 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、すでに支給済み的高額介護（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;">住所 氏名 申請者 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。

公金受取口座への支給希望		<input type="checkbox"/> 有（口座振込依頼欄の記載は、不要です。） <input type="checkbox"/> 無（口座振込依頼欄に必要事項を記載してください。）			
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	
口座名義人 （カタカナで記入）					

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）

様式第14号の2（第20条の2、第29条の2関係）

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
個人番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	
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	
公金受取口座への支給希望		<input type="checkbox"/> 有（口座振込依頼欄の記載は、不要です。） <input type="checkbox"/> 無（口座振込依頼欄に必要事項を記載してください。）			
口座振込依頼欄	銀行 本店		口座番号		
	信用金庫 支店		: : : : :		
	信用組合 出張所		: : : : :		
	金融機関コード	店舗コード	種 目	1 普通預金	
: : :	: :	2 当座預金			
フリガナ		3 その他（ ）			
口座名義人		: : : : : : : : : : :			
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、令和5年4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。