

掛川市規則第25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24年7月9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6条中「要介護（要支援）認定（更新認定）申請書」を「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」に改める。

第7条中「要介護（要支援）認定区分変更申請書」を「介護保険要介護（要支援）認定区分変更申請書」に改める。

第20条及び第29条中「高額介護サービス費等支給申請書」を「介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書」に改める。

様式第4号及び様式第5号を次のように改める。



様式第5号（第7条関係）

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。

被 保 険 者	被保険者番号	申請年月日	年	月	日	
	フリガナ	生年月日	年	月	日	
	氏名	性別				
	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				
	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～
		介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日～
		医療機関等の名称等・所在地	期間	年	月	日～
		医療機関等の名称等・所在地	期間	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。			
	所在地	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

第二号被保険者（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11号を次のように改める。

様式第11号（第17条関係）

負担限度額認定申請書

(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	性 別	男 ・ 女				
住 所	電話番号						
介護保険施設 の所在地及び 名称 ※	電話番号						
入所（院）の 年月日 ※	年 月 日						
負担限度額申請 事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他（ ）						
（あて先）掛川市長  上記のとおり食費（居住費）に係る負担限度額認定を申請します。  年 月 日  <div style="text-align: right;">           住 所            申請者 氏 名            電話番号         </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>							

（注）介護保険施設に入所（院）しない場合は、※印は記入不要です。

市記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日	
有 効 期 限	
年 月 日	

様式第14号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) 被保険者氏名		-----		保 険 者 番 号	/							
				被 保 険 者 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。</p> <p>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 ⑩ 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)

附 則

この規則は、公布の日から施行する。