

寒川町介護保険法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成 27 年 6 月 25 日

寒川町長 木 村 俊 雄

寒川町規則第 25 号

寒川町介護保険法施行細則の一部を改正する規則

寒川町介護保険法施行細則(平成 25 年規則第 18 号)の一部を次のように改正する。

第 4 条第 2 項を削り、同条の次に次の 1 条を加える。

(被保険者証、負担割合証等の再交付)

第 4 条の 2 省令第 27 条第 1 項及び第 28 条の 2 第 4 項に規定する申請書は、介護保険被保険者証等再交付申請書(第 4 号様式)とする。

第 15 条第 1 項中「100 分の 90」の次に「(法第 49 条の 2 の規定が適用される場合にあつては 100 分の 80)」を加える。

第 18 条に次の 1 項を加える。

3 省令第 83 条の 2 の 3 及び第 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(第 25 号の 2 様式)とする。

第 20 条に次の 1 項を加える。

4 省令第 83 条の 6 第 2 項(省令第 97 条の 4 において準用する場合を含む。)に規定する同意書は、介護保険負担限度額同意書(第 31 号の 2 様式)とする。

第 4 号様式中「第 4 条」を「第 4 条の 2」に、「3 受給資格証明書」を

「3 受給資格証明書
に改める。

4 負担割合証
」

第 5 号様式及び第 6 号様式中「経過的要介護」を削り、「を作成する」を「の作成、地域ケア会議における個別事例の検討、指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設への入所の検討その他これらに類する目的の」に改め、「意見及び主治医意見書を」の次に「地域包括支援センター、」を加え、「居宅サービス事業者又は」を「居宅サービス事業者若しくは」に改める。

第7号様式から第9号様式までを次のように改める。

第7号様式(第6条関係)

(表)
介 護 保 険 資 格 者 証

有 効 期 限									
被 保 険 者	番 号								
	住 所								
	フリガナ								
	氏 名								
	生 年 月 日		性 別						
交 付 年 月 日									
要 介 護 状 態 区 分 等									
認 定 年 月 日									
認 定 の 有 効 期 限									
居 宅 サ ー ビ ス		区 分 支 給 限 度 基 準 額							
		1月当たり 単位							
(うち種類支給限度額)	サービスの種類	種類支給限度基準額	サービスの種類	種類支給限度基準額					
認 定 審 査 会 の 意 見 及 び サ ー ビ ス の 種 類 指 定									
給 付 制 限	内 容		期 間						
			開始年月日 終了年月日						
			開始年月日 終了年月日						
居 宅 介 護 支 援 事 業 者 及 び そ の 事 業 者 の 名 称			届出年月日						
			届出年月日						
			届出年月日						
介 護 保 険 施 設 等	種類 名称	入所・入院年月日							
	種類 名称	退所・退院年月日							
	種類 名称	入所・入院年月日							
		退所・退院年月日							
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> 寒川町 印 </div>							

裏面の注意事項を確認してください。

(裏)

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 2 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 3 老人保健の健康手帳の交付を受けている場合であって、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護の指定居宅介護サービス又は介護保険施設サービス若しくは介護療養施設サービスを受けようとするときは、この証に健康手帳を添えて、事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 4 居宅サービスについては、あらかじめ居宅介護支援事業者に介護サービス計画の作成を依頼し、その旨を市町村に届け出るか、自ら介護サービス計画を作成し、市町村へ届けた場合に限り現物給付となります。これらの手続きをしない場合は、市町村からの事後払い(償還払い)になります。
- 5 居宅サービスには保険給付の限度額が設定されます。
- 6 介護サービスを受けたときは、当該サービスに要した費用(入所又は入院中の食事に要する費用を除く。)の1割(介護保険法第49条の2の規定が適用される場合は2割)を支払います。居宅介護支援サービスは、全額が介護保険から支給されますので自己負担はありません。また、入所又は入院中の食事に要する費用については、定額の標準負担額を支払います。
- 7 認定審査会意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、その事項に留意してください。また、利用できるサービスの指定がある場合は、当該サービス以外は、給付を受けられません。
- 8 死亡、転出等の理由により、被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村へ返してください。
- 9 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村へその旨を届け出てください。
- 10 資格者証の有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに、市町村へ提出して、検認又は更新を受けてください。
- 11 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 12 災害等特別の事情がないのに保険料を滞納したときは、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を3割とする措置(給付額減額等)等を受ける場合があります。

年 月 日

様

寒川町長



介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書

年 月 日にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請について、介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので、認定し通知します。

被保険者番号										被保険者氏名
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

判定結果

[Empty box for judgment result]

判定年月日

[Empty box for judgment date]

理由

[Empty box for reasons]

認定の有効期間

[Empty box for validity period]

認定審査会の意見・サービスの種類の指定

[Empty box for committee opinion and service type]

- ・認定の有効期間内であっても、状態の変化等により状態区分の変更をする場合があります。また、認定変更の申請をすることもできます。
- ・認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは、認定の有効期間の満了の日の60日前から認定の更新の申請をすることができます。
- ・サービスの種類の指定を受けた場合は、状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。
- ・介護認定審査会の意見として、サービスの適切かつ有効な利用等に関する留意事項がある場合には、被保険者証に記載してあります。

<お問い合わせ先>

寒川町 課 庁

TEL

(不服の申し立て)

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

<お問い合わせ先>

神奈川県介護保険審査会

〒 神奈川県 TEL

また、審査請求に対する裁決があり、なおこの処分について不服がある時は、裁決書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に寒川町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長になります。）提起することができます。この処分についての取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することはできませんが、次の場合は、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日から3ヶ月を経過していても裁決がない場合、②処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるための緊急の必要がある場合、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由がある場合

年 月 日

様

寒川町長



介護保険 要介護認定・要支援認定等却下通知書

年 月 日にあなたが行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等の申請を却下します。

被保険者番号												被保険者氏名	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--

却下理由

<お問い合わせ先>

寒川町 課 〒
TEL

不服の申し立て

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

<お問い合わせ先>

神奈川県介護保険審査会
〒 神奈川県 TEL

また、審査請求に対する裁決があり、なおこの処分について不服がある時は、裁決書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に寒川町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長になります。）提起することができます。この処分についての取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することはできませんが、次の場合は、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日から3ヶ月を経過していても裁決がない場合、②処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるための緊急の必要がある場合、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由がある場合

第 11 号様式から第 13 号様式までを次のように改める。

第11号様式(第8条関係)

年 月 日

様

寒川町長



介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書

年 月 日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等を下記のとおり延期しますので通知します。

被保険者番号										被保険者氏名	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--

延期理由

--

処理見込期間

<お問い合わせ先>

寒川町

課 〒

TEL

年 月 日

様

寒川町長



介護保険 要介護状態区分変更通知書

あなたの要介護状態区分を下記のとおり変更いたします。

被保険者番号											被保険者氏名	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--

認定結果

いままでの要介護状態区分
これからの要介護状態区分

変 更 年 月 日	
-----------	--

認定の有効期間		から		まで
---------	--	----	--	----

<お問い合わせ先>

寒川町 課 〒
TEL

不服の申し立て

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

<お問い合わせ先>

神奈川県介護保険審査会

〒 神奈川県 TEL

また、審査請求に対する裁決があり、なおこの処分について不服がある時は、裁決書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に寒川町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長になります。）提起することができます。この処分についての取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することはできませんが、次の場合は、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日から3ヶ月を経過していても裁決がない場合、②処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるための緊急の必要がある場合、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由がある場合

年 月 日

様

寒川町長



介護保険 要介護認定・要支援認定取消通知書

年 月 日に行われた要介護認定・要支援認定を介護認定審査会の審査に従い取り消します。

被保険者番号											被保険者氏名	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--

取消理由

[Empty rectangular box for cancellation reason]

- ・被保険者証を本町に提出してください。
提出期限： 年 月 日
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

<お問い合わせ先>

寒川町 課 〒
TEL

不服の申し立て

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

<お問い合わせ先>

神奈川県介護保険審査会

〒 神奈川県 TEL

また、審査請求に対する裁決があり、なおこの処分について不服がある時は、裁決書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に寒川町を被告として（訴訟において町を代表する者は町長になります。）提起することができます。この処分についての取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することはできませんが、次の場合は、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日から3ヶ月を経過していても裁決がない場合、②処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるための緊急の必要がある場合、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由がある場合

「

第 14 号様式中

認定審査会の意見 及びサービスの 種類の指定	
------------------------------	--

を

」

「

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	

に改める。

」

第 20 号様式を次のように改める。

第 20 号様式（第 16 条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

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	年 月 日 生		性 別		男 ・ 女																													
要 介 護 度 区 分	支援 1 ・ 支援 2 介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		負 担 割 合		1 割 ・ 2 割																													
住 所	〒																	電話番号																
福祉用具の種類	製造事業者名及び販売事業者名		購 入 金 額		購 入 日																													
			円		平成 年 月 日																													
			円		平成 年 月 日																													
			円		平成 年 月 日																													
福祉用具が 必要な理由																																		
(あて先) 寒 川 町 長 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入に係る費用の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 電話番号 印																																		

注意 ・ この申請書の他に請求書及び領収書、福祉用具のパンフレットを添付してください。
 ・ 福祉用具が必要な理由については、個々の用具ごとに記載して下さい。

収 受	年 月 日	起 案	年 月 日	決 裁	年 月 日	通 知	年 月 日							
上記の申請について下記のとおり 決定してよろしいか。														
支給決定額 [] [] [] [] [] [] 円				<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">決 裁</td> <td>課長</td> <td>副主幹等</td> <td>課 員</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				決 裁	課長	副主幹等	課 員			
決 裁	課長	副主幹等	課 員											
算 出 の 内 訳				支給限度額/年 円 (A) 支 給 済 額 円 (B) 支給限度額残額 円 (C) 当該介護保険対象購入額 円 (D) 上記の 割 (万円以内) 円 (E)										
保険支給額 円				支 給 額 () ≤ () = () 円										
本人負担額 円														

第 23 号様式を次のように改める。

第 23 号様式（第 17 条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

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	年 月 日生		性別	男 ・ 女																
要介護度区分	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5		負担割合	1割 ・ 2割																
住所	〒 電話番号																			
住宅の所有者	本人との関係（ ）																			
改修の場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> その他（ ）																			
改修の内容	<input type="checkbox"/> 手すり設置 <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> 扉の交換 <input type="checkbox"/> 床段差の解消 <input type="checkbox"/> その他（ ）																			
業者名			着工日	年 月 日																
改修費用	円		完成日	年 月 日																
(あて先) 寒川町長 上記のとおり関係書類を添えて住宅改修に係る費用の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 印																				

注意 ・ この申請書の他に請求書及び領収書、完成後の状態が確認できる写真を添付してください。

収受	年 月 日	起案	年 月 日	決裁	年 月 日	通知	年 月 日
上記の申請について下記のとおり 決定してよろしいか。				決 裁	課長	副主幹等	課 員
支給決定額 [] [] [] [] [] [] 円							
算出の内訳				支給限度額 円 (A) 支給済額 円 (B) 支給限度額残額 円 (C) 当該介護保険対象改修額 円 (D) 上記の割 (万円以内) 円 (E) 支給額 () ≤ () = () 円			
保険支給額 円							
本人負担額 円							

第 25 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第 25 号の 2 様式(第 18 条関係)

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

(あて先)寒川町長

次のとおり関係書類を添えて、高額介護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		性別	
被保険者氏名	印	生年月日	年 月 日		
フリガナ		被保険者番号		性別	
被保険者氏名	印	生年月日	年 月 日		
フリガナ		被保険者番号		性別	
被保険者氏名	印	生年月日	年 月 日		
住 所					
電 話 番 号					

氏名				
生年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 中 の 収 入	公 的 年 金	円	円	円
	給 与 (パート収入等を含む)	円	円	円
	() (年金・給与以外の収入)	円	円	円
	合 計	円	円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		電話番号
申請者住所		本人との関係

注意事項

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人（40歳以上65歳未満の方は除く。）及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において寒川町に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、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についても添付書類は不要です。

第 29 号様式を次のように改める。

第 29 号様式(第 20 条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 寒 川 町 長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		保険者番号		1	4	3	2	1	4
被保険者氏名	印	被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒 電話番号								
入所(院) 年月日(※)	年 月 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は記入は不要です。							
配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に 関する事項」については、記載不要です。							
配偶者に関する事項	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	年 月 日							
	住 所	電話番号							
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)								
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税								
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。								
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり								
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債 を含む)	()	※ 円		

※内容を記入してください
申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		電話番号
申請者住所		本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

第 31 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第31号の2様式(第20条関係)

同意書

(あて先)寒川町長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴 **町長** の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成 27 年 8 月 1 日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、第 5 号様式から第 9 号様式まで及び第 11 号様式から第 14 号様式までの改正規定は、公布の日から施行する。

(準備行為)

- 2 施行日以降に支給する特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費に係る介護保険負担限度額認定証の交付に関し必要な行為は、同日前においても、この規則による改正後の寒川町介護保険法施行細則の例により行うことができる。