

寒川町行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の施行に伴う関係規則の整理等に関する規則をここに公布する。

平成27年12月28日

寒川町長 木村 俊雄

寒川町規則第38号

寒川町行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の施行に伴う関係規則の整理等に関する規則

(寒川町町税条例施行規則の一部改正)

第1条 寒川町町税条例施行規則(昭和60年寒川町規則第23号)の一部を次のように改正する。

第2号様式から第3号様式までを次のように改める。

第2号様式(第3条関係)

納税管理人(変更)申告書

このたび、貴町に対し納付しなければならない 年度～ 年度の

- 町 県 民 税
固 定 資 産 税 (都市計画税) の納税管理人を次のとおり定めた(変更した)ので申告
特別土地保有税

します。

年 月 日

申 告 人(納税義務者)

旧 住 所 寒川町

新 住 所

氏 名(名称) ⑩

個人番号(法人番号)

納税管理人

住 所

氏 名(名称) ⑩

(宛先)寒川町長

- 注 (1) 納税管理人とは、「納税に関する一切の事項を処理する者」のことです。
(2) 納税管理人について虚偽の申告をした者は、罰せられます。

第2号様式の2(第3条関係)

納税管理人承認(変更)申請書

このたび、貴町に対し納付しなければならない 年度～ 年度の

- 町 県 民 税
固 定 資 産 税 (都市計画税) の納税管理人を次のとおり定めたい(変更したい)ので
特別土地保有税
 申請します。

年 月 日

申 請 人(納税義務者)

旧 住 所 寒川町

新 住 所

氏 名(名称) ㊞

個人番号(法人番号)

納税管理人

住 所

氏 名(名称) ㊞

(宛先)寒川町長

次のとおり決定してよろしいか。				
課 長	副主幹等	主 任	起 案	年 月 日
			決 裁	年 月 日
			通 知	年 月 日
決定区分 : <input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない				

注 (1) 納税管理人とは、「納税に関する一切の事項を処理する者」のことです。

(2) 納税管理人について虚偽の申告をした者は、罰せられます。

第2号様式の3(第3条関係)

納税管理人免除(変更)申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

申 請 人(納税義務者)

住 所

氏 名(名称)



個人番号(法人番号)

- 町 県 民 税
- 固 定 資 産 税(都市計画税)の納税管理人の免除を受けたく申請します。
- 特別土地保有税

次のとおり決定してよろしいか。			
課 長	副主幹等	主 任	起 案 年 月 日
			決 裁 年 月 日
			通 知 年 月 日
決定区分 : <input type="checkbox"/> 免除する <input type="checkbox"/> 免除しない			

第3号様式(第4条関係)

町税納期限等延長申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所
申請人
氏名 ⑩

納税者	住所				
	氏名		個人番号※ (法人番号)		
申請区分	<input type="checkbox"/> 提出 <input type="checkbox"/> 納付 <input type="checkbox"/> 納入				
指定期限	年 月 日				
希望期限	年 月 日				
申請事項	・税目 ・内容				
上記の申請に基づき調査の結果、次のとおり決定してよいでしょうか。				起案	・
課長	副主幹等	主任	公印使用 承認印	決裁	・
				通知	・
決定区分	<input type="checkbox"/> 延長する <input type="checkbox"/> 延長しない				
延長期限	年 月 日				
決定事項					

※個人の町県民税のみの場合は、個人番号の記入は不要です。

第5号様式を次のように改める。

町税延滞金減免申請書

年 月 日	
(宛先) 寒川町長	
納税義務者	住所 _____ 氏名 _____ (印) 個人番号※(法人番号) _____
次のとおり申請します。	
1 申請区分	<input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 減額
2 申請する延滞金	町県民税(普徴) _____ 円 町県民税(特徴) _____ 円 固定資産税・都市計画税 _____ 円 固定資産税(償却資産) _____ 円 軽自動車税 _____ 円 法人町民税 _____ 円 特別土地保有税 _____ 円
3 理由	_____ _____ _____
4 添付書類	_____

上記の申請に基づき調査の結果、次のとおり決定してよいでしょうか。					起案 . .			
課長	副主幹等	主任	公印 使用承認印		決裁 . .			
					通知 . .			
決定区分 <input type="checkbox"/> 免除する <input type="checkbox"/> 減額する(%) <input type="checkbox"/> 免除しない <input type="checkbox"/> 減額しない								
決定内容	年度	期別	通知書 番号	税目	税額	延滞金	減免する額	減免後の延滞金
決定理由					_____ _____ _____			

※個人の町県民税のみの場合は、個人番号の記入は不要です。

第8号様式及び第9号様式を次のように改める。

(表面)

年度 町民税・県民税申告受付書

住所	
氏名	様



※申告期限は 月 日です。

(切り取らないでください。)

年度 町民税・県民税申告書

(宛先)寒川町長 年 月 日 提出

年1月1日の住所	
現住所	同上・その他()
フリガナ	個人番号
氏名	生年月日
世帯主氏名	世帯主との続柄
	電話番号



代理申告氏名	続柄
	印

	氏名	続柄	生年月日	個人番号	同居・別居	控除額(円)
配偶者控除					同・別	
配偶者特別控除	配偶者の合計所得金額					
扶養控除					同・別	
(扶養控除対象家族)					同・別	
					同・別	
					同・別	

区分	収入金額(円)	所得金額(円)
営業等		ア
農業		イ
不動産		ウ
利子		エ
配当		オ
給与		カ
雑	公的年金等	
	その他のもの	キ
譲渡一時		ク
合計		ケ

障害者控除	氏名	障害の程度	級度
	氏名	障害の程度	級度

所得から差し引かれる金額	雑損控除	損害を受けた資産A 損害金額	B 保険等で補てんされる金額	C 差引金額(A-B)	合計所得の10%	控除額(円)
	医療費控除	医療を受けた人A 医療費支払額	B 保険等で補てんされる金額	C 差引金額(A-B)	合計所得の5%か10万円の少ない方	
	社会保険料控除	国民健康保険料	国民年金保険料	介護保険料	その他の社会保険料	
	小規模企業共済等掛金控除	支払った小規模企業共済制度に基づく掛金、確定拠出年金法に基づく個人型年金加入者掛金、地方公共団体が行う心身障害者扶養共済掛金の合計額				
	生命保険料控除	新生命保険料の計	新個人年金保険料の計	介護医療保険料の計	旧生命保険料の計	旧個人年金保険料の計
	地震保険料控除	地震保険料支払額	円	旧長期損害保険料支払額	円	

寄附金税額控除	都道府県、市町村又は特別区に対するもの	寄附金額	円
	神奈川県共同募金会又は日本赤十字社神奈川県支部に対するもの	寄附金額	円
	寒川町町税条例及び神奈川県税条例により指定された団体等に対するもの	寄附金額	円
	寒川町町税条例指定	神奈川県県税条例指定	寄附金額
給与・公的年金等に係る所得以外(年4月1日において65歳未満の方は給与所得以外)の町県民税の納付方法(希望する方に○をしてください)			
特別徴収(給与天引き)	普通徴収(自分で納付)		

所得から差し引かれる金額	障害者控除	<input type="checkbox"/> 本人 (級)	特別障害・普通障害
		<input type="checkbox"/> 本人以外	
	寡婦(夫)控除	死別・離婚・生死不明・未帰還	
		勤労学生控除	
		配偶者・配偶者特別及び扶養控除	
		基礎控除	
控除額合計(コからトまでの合計)			
配当割額控除額			
株式等譲渡所得割額控除額			

裏面にも記載する欄がありますのでご注意ください。
(★所得がなかった方は、必ず記載してください。)

受付	提出のみ	郵送	受付者

(裏面)

★前年中所得がなかった人の記載欄

(該当欄を○で囲み、必要事項をすべて記入してください。)

- 1. 扶養されていた。 続柄 氏名 住所
2. 援助を受けていた。 続柄 氏名
3. 学生であった。 学校名 1月1日の学年 年
4. 雇用保険(失業保険)を(月~月) 受給していた。
5. 遺族年金・障害者年金等(円) を受給していた。
6. その他

7. 単身赴任中の夫からの仕送りで生活していた。 夫の氏名 フリガナ
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
勤務先(会社名)
赴任地(居住地の住所)
家族が居住する家屋敷は...
ア、夫名義、または共有名義
イ、借家、アパート
ウ、その他

ア 営業等所得 収支明細
ウ 不動産所得

Table with columns: 項目, 金額(円). Includes sections for 収入金額, 必要経費, ③差引金額, ④専任者控除額, 所得金額.

イ 農業所得収支明細

Table with columns: 項目, 金額(円). Includes sections for 収入金額, 必要経費, ③差引金額, ④専任者控除額, 所得金額.

Table for 事業専従者 with columns: 氏名, 生年月日, 個人番号, 続柄.

別居の扶養親族に関する事項

Table with columns: 氏名, 個人番号, 住所.

○給与所得者の方で源泉徴収票がない方は、明細書等によりそれぞれの月の収入等を記入してください。

Table for monthly income with columns: 月, 月収, 社会保険料.

Form for 勤務先の所在地, 名称, 電話, 源泉所得税 (有・無).

ク 総合譲渡所得・一時所得

Table with columns: ④収入金額, ⑤必要経費, ⑥差引(④-⑤), ⑦特別控除額, ⑧所得金額.

分離課税所得

Table for 分離課税所得 with columns: ④収入金額, ⑤必要経費, ⑥差引(④-⑤), ⑦特別控除額, ⑧所得金額.

事業税に関する事項

Table for 事業税 with columns: 町・県民税, 氏名, 給与額, 事業税の非課税所得, 事業所の所在地, 資産の種類, 損失額.

町 税 減 免 申 請 書

年 月 日				
(宛先)寒川町長				
申請人 住所 氏 名 ⑩				
次のとおり申請します。				
1 納税義務者	住所 (所在地)		職 業	
	氏 名 (名 称)		電 話	
	個人番号※ (法人番号)			
2 申請区分	<input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 減額			
3 申請する税 町	年度 _____ 税 _____ 円通知書番号 _____			
4 所 在 等	土地の所在 地番	寒川町	地 積	
	家屋の所在	寒川町	家屋番号	
	償却資産の 所在	寒川町	種 類・ 数 量	
	軽自動車の 所在	寒川町	型式・車 両番号	
5 申請理由				
上記申請に基づき、次のとおり決定してよいでしょうか。				起案 . .
部 長	課 長	副主幹等	主 任	公印使用承認印
				決裁 . .
				通知 . .
決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 免除する <input type="checkbox"/> 減額する <input type="checkbox"/> 免除しない <input type="checkbox"/> 減額しない			
決 定 内 容	期 別 (納期)	年 税 額	減免する額	減免後の額
	第1期	円	円	円
	第2期			
	第3期			
	第4期			
決 定 理 由				

※個人の町県民税のみの場合は、個人番号の記入は不要です。

第11号様式から第16号様式までを次のように改める。

第11号様式(第13条関係)

固定資産税非課税申告書			
			年 月 日
(宛先)寒川町長			
申告者 住所(所在地)			
氏名(名称)			㊟
個人番号(法人番号)			
寒川町町税条例第20条の2第1項の規定により次のとおり申告します。			
申告区分	法第348条第2項	第 号に該当	
土地	所在地番		
	地目	地積	m ²
	用途		
	設立(指定、登録登記、開始)年月日	年 月 日	
	用途に供する土地の区域変更年月日	年 月 日	
家屋	所在		
	家屋番号	種類	
	構造	床面積	m ²
	用途		
	用途に供し始めた年月日	年 月 日	
償却資産	所在		
	種類	数量	
	用途		
	用途に供し始めた年月日	年 月 日	
添書付類	当該固定資産の使用者の所有に属しないものであるときは、当該固定資産をその使用者に無料で使用させていることを証明する書類		
備考	この申告書を提出後、翌年以降の1月1日現在で用途変更滅失等により異動がある場合を除き、毎年度この申告の必要はありません。		

第12号様式 (第13条関係)

固定資産税非課税扱い変更申告書				
			年 月 日	
(宛先) 寒川町長				
申告者 住 所 (所在地)				
氏 名 (名 称)			⑩	
法人番号				
寒川町町税条例第20条の2第2項の規定により次のとおり申告します。				
申告区分				
土地	所在地番			
	地 目	地 積	m ²	
	用 途	有料使用とな った年月日	年 月 日	
	設立 (指定、登録、登記、開始) 年月日		年 月 日	
	用途に供する土地の区域変更年月日		年 月 日	
	用途に供しなくなった年月日		年 月 日	
家屋	所 在			
	家屋番号	種 類		
	構 造	床 面 積	m ²	
	用 途	有料使用とな った年月日	年 月 日	
	用途に供し始めた年月日		年 月 日	
	用途に供しなくなった年月日		年 月 日	
償却資産	所 在			
	種 類	数 量		
	用 途	有料使用とな った年月日	年 月 日	
	用途に供し始めた年月日		年 月 日	
	用途に供しなくなった年月日		年 月 日	

第 13 号様式(第 14 条関係)

家屋専有部分補正申出書							
年 月 日							
(宛先)寒川町長							
代表者 住 所(所在地)							
氏 名(名 称) ⑩							
個人番号(法人番号)							
<p>区分所有に係る家屋に対して課される固定資産税のあん分割合について次の方法によって補正されたく申出します。</p>							
家屋の所在地						家屋番号	
種類		構造		床面積	m ²	用途	
区分所有者	住 所		氏 名		建物の区分所有等に関する法律第14条第1項から第3項までの規定による割合		補正による割合
補正の方法							

注 この申出書には、区分所有者全員の協議に基づくものである旨を証明する書類を添付すること。

第14号様式(第15条関係)

共用土地に係る固定資産税額のおん分の申出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

代表者 住 所(所在地)

氏 名(名 称) ㊟

個人番号(法人番号)

次のとおり区分所有に係る家屋の敷地の用に供されている共用土地の固定資産税額のおん分について、当該共用土地納税義務者全員の合意に基づくものである旨の書類を添えて申出ます。

1 共用土地及び区分所有に係る家屋の所在地等

区分	所	在	地	番	家屋番号	地目又は種類及び構造	地積又は床面積	用 途
土 地								
家 屋								

2 固定資産税額をおん分する場合の割合等

氏 名	住 所	家屋の共用部分に係る持分の割合	共用土地に係る持分の割合	税額をおん分する場合の割合

3 固定資産税額をおん分する場合の割合の算定方法

第15号様式(第17条関係)

住宅用地申告書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所(所在地) _____

氏名(名称) _____ ㊞

個人番号(法人番号) _____

住宅用地について、寒川町町税条例第27条第1項の規定により次のとおり申告します。

住宅用地(敷地)				住宅用地の上に存する家屋								住 居 数	法 認 定
所在地及び地積				家屋の面積				所有者		住 居 に 供 した 日			
大字	地番	地目	地積	家屋 番号	種類	構造	床面積	居住 面積	住所		氏名		
			m ²				m ²	m ²					
その他参考事項													

第16号様式(第17条関係)

住宅用地滅失等申告書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所(所在地) _____
 氏名(名称) _____ 印
 法人番号 _____

住宅用地について、家屋の用途変更、滅失等により住宅用地以外への変更があつたので、寒川町税条例第27条第2項の規定により次のとおり申告します。

住宅用地(敷地)		住宅用地の上にある家屋										法認定		
大字	所在地番	地目	地積	所有者	家屋				居住面積	居住積	住所	所有者名	居住の用に供した日	住居数
					変更	家屋番号	種類	構造						
			m ²		前				m ²					
			m ²		後				m ²					
					前									
					後									
					前									
					後									
					前									
					後									
その他参考事項														

第23号様式を次のように改める。

相続人の代表者届出書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

相続人の代表者 住 所
氏 名
電話番号
(携帯番号)

㊞

次のとおり相続人の代表者を届け出ます。

被 相 続 人	氏名及び死亡年月日	死 亡 時 の 住 (居) 所		
	(年 月 日死亡)			
相 続 人 代 表 者 を 含 む 人	氏 名	住 (居) 所 等	続柄	相続分
	代表者			
	㊞			
	㊞			
	㊞			
	㊞			
	㊞			
備 考				

(注) 1 相続人の代表者は、相続人の欄に記載された者のうち被相続人死亡時の住所又は居所と同一の住所又は居所を有する被相続人に係る徴収金の納付又は納入につき便宜を有する者でなければなりません。

2 包括受遺を受けた法人は、備考欄に法人番号を記載してください。

第25号様式を次のように改める。

第25号様式(別表関係)

固定資産税納税義務者名義変更申請書

下記家屋について、下記事由により 年度分から新納税義務者に変更願いたく申請いたします。

なお、当該家屋に関して万一紛争がおきた場合は、当事者双方にて解決し、貴町に対しては絶対御迷惑をおかけしません。

(事由) 売買、贈与、相続、その他

家 屋 の 表 示	家屋の所在	寒川町 番地			
	用 途	構 造	床 面 積		備 考
			1 階	1 階 以 外	

年 月 日

(宛先) 寒川町長

新納税義務者

住 所(所在地)

氏 名(名 称)

実印

個人番号(法人番号)

旧納税義務者

住 所(所在地)

氏 名(名 称)

実印

個人番号(法人番号)

添 付 書 類

売買…売買契約書の写し及び旧納税義務者の印鑑証明

贈与…旧納税義務者の印鑑証明

相続…遺産分割協議書の写し又は相続税申告書の明細書の写し

第27号様式を次のように改める。

徴収猶予申請書

平成 年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所(所在地) _____

納税義務者 氏 名 _____

(名称および
代表者氏名) _____

職業 _____ 電話 _____

(※個人番号(法第15条) _____)

徴収猶予を受けようとする 金 額	賦課相当	税目	通知書番号	期別	(繰上日) 納期限	(督促日) 法定 納期限等	税額 (円)	督促 手数料 (円)	延滞金	備 考
									法律による 金額 (円)	
合 計									()	
期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 月間									
徴収猶予を必要とする 理由	地方税法第15条						第 1 項 第 号			
							第 2 項			
徴収猶予金額の納付計画	回	納付誓約日	曜日	納付誓約額	納付月日	納付金額	取扱者	備 考		
担保提供 有 無										

※ 個人の町県民税のみの場合は、個人番号の記入は不要です。

第32号様式を次のように改める。

第32号様式 (別表関係)

町 税 減 免 ・ 滅 失 申 告 書			
年 度	税 目	整 理 番 号	通 知 書 番 号
期 別 ()	当 初 通 知 額	減 免 額	差 引 納 付 額
第 1 期			
第 2 期			
第 3 期			
第 4 期			
計			

年 月 日 付 け 第 号 で 通 知 の あ り ま し た 上 記 町 税 減 免 に つ い て
は、該 当 し な く な り ま し た の で 申 告 し ま す。

年 月 日

(宛先) 寒川町長

申告者 住 所
氏 名
法人番号

Ⓜ

(寒川町特定保育所における保育の利用等に関する規則の一部改正)

第2条 寒川町特定保育所における保育の利用等に関する規則(平成27年寒川町規則第3号)の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

保育所入所申込書 (兼児童台帳)

年 月 日

児童個人番号記入欄

保護者個人番号記入欄

(宛先) 寒川町長

申込者 (保護者) 住所

ふりがな

氏名

印

自宅

電話

携帯: 父

携帯: 母

次のとおり、保育所への入所を申込みます。

入所児童	ふりがな		生年月日	性別	年齢 (4月1日現在)
	氏名		年 月 日生	男・女	歳
入所児童	ふりがな		生年月日	性別	年齢 (4月1日現在)
	氏名		年 月 日生	男・女	歳
希望する保育所	第1希望		市・区・町・村	(希望理由)	
	第2希望		市・区・町・村	(希望理由)	
	第3希望		市・区・町・村	(希望理由)	
希望期間	年 月 日から 年 月 日まで (年度内・就学前)				
入所理由① 父・母 ()	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 居宅内労働 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 家族の病気看護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 居宅内労働 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 家族の病気看護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している (誰が…) <input type="checkbox"/> 職場に連れて行く (誰が…) <input type="checkbox"/> 個人・親類に預けている (氏名 続柄) <input type="checkbox"/> 保育施設等に預けている (施設名)				
入所希望の具体的内容	<hr/> <hr/> <hr/>				

保育の利用を必要とする理由

()
()
()
()

就 労 状 況	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員(準社員) <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 派遣社員・契約社員(契約期間: 年 月 日まで)						
	勤務先名	電話番号						
	勤務先住所(実際に勤務してる場所)							
	業務内容							
	※自営の場合	店舗名称:						
	就労日数	週 日 / 月 日						
		変則勤務: <input type="checkbox"/> シフト制 <input type="checkbox"/> 交代制()交代 実働週 時間 土曜日の出勤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> その他) 夜の勤務: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度:)						
	就労時間	注※短時間勤務の場合は、その時間を記入						
		平日: 時 分から 時 分 実働時間 時間 土曜日: 時 分から 時 分 実働時間 時間						
	単身赴任	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している						
		⇒ いつから(年 月 日)						
		⇒ どこに()						
	産前後休暇 育児休暇	⇒ 戻る予定が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(年 月 日頃)						
		【産前産後休暇の期間】						
年 月 日から 年 月 日まで								
【育児休業の期間】								
年 月 日から 年 月 日まで								
【短縮勤務】								
<input type="checkbox"/> 利用しない								
<input type="checkbox"/> 利用する⇒勤務時間: 時 分から 時 分まで								
妊娠・出産	出産予定日 年 月 日 分娩予定病院							
	入院事由:							
	入院期間: 年 月 日から 年 月 日							
疾病・障がい	対象者 <input type="checkbox"/> 保護者本人 <input type="checkbox"/> その他(氏名: 保護者との続柄:)							
	病名 障がい名							
	病院名 通院回数: 年 日/月 日/週 日							
	入院期間 年 月 日~ 年 月 日							
	手帳等 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級 種) <input type="checkbox"/> 療育手帳(<input type="checkbox"/> A() <input type="checkbox"/> B()) <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療証(精神通院)							
復災旧害	災害発生日 年 月 日 復旧目途 年 月 日							
	災害状況							
就学	就学目的							
	就学場所 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> その他() ※その他の場合 就学日数 就学時間							
	就学日数 週 日 / 月 日							
	就学時間 平日: 時 分から 時 分 実就学時間 時間 土曜日: 時 分から 時 分 実就学時間 時間							
D虐待 V待	発生時期 年 月 日 誰が…() 誰に…()							
	状況:							

世帯の構成員は、入所児童を除いた同居者すべてを記入してください。

区分	氏名	入所児童との続柄	生年月日	年齢	性別	勤務先・学校等の名称	個人番号記入欄	健康状態
世帯の構成員		父						良好・不良
		母						良好・不良
								良好・不良
								良好・不良
								良好・不良
								良好・不良
								良好・不良
								良好・不良

住居の状況	<input type="checkbox"/> 持家（名義人： _____ ） <input type="checkbox"/> 借家（家賃： _____ 円うち補助 _____ 円）
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給中（ _____ 年 _____ 月 _____ 日から保護開始）
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ⇒ <input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭 ⇒ 祖父母等 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居（ <input type="checkbox"/> 協議中 <input type="checkbox"/> 調停中） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 発生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

送迎方法	送り	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	迎え	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父 <input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖父 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	送迎方法	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

祖父母状況	続柄		氏名	年齢	保育できない理由	現住所 ※別居の場合
	父方	祖父			就労・疾病・遠方 その他（ _____ ）	
		祖母			就労・疾病・遠方 その他（ _____ ）	
	母方	祖父			就労・疾病・遠方 その他（ _____ ）	
		祖母			就労・疾病・遠方 その他（ _____ ）	

希望月に入所出来なかった場合	<input type="checkbox"/> 申込みを取り下げる <input type="checkbox"/> 申込みを継続する
入所を待つ場合の保育状況	<input type="checkbox"/> 保護者が家で保育する（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ））
	<input type="checkbox"/> 子どもを連れて就労する（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母） _____ 週 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 家族・親戚が保育する（氏名 _____ 続柄 _____ ） _____ 週 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設・幼稚園等に預ける _____ 週 _____ 日
	施設名（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 育児休暇を延長する（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母） _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
<input type="checkbox"/> その他（具体的） _____	

第4号様式を次のように改める。

保 育 所 退 所 届

年 月 日

児 童 個 人 番 号 記 入 欄

保 護 者 個 人 番 号 記 入 欄

(宛先) 寒 川 町 長

保 護 者 住 所

保 護 者 氏 名

印

電 話 番 号

次のとおり、保育所を退所させます。

退所児童	氏 名	歳児
	生年月日 年 月 日生	
保育所名		
退所年月日	年 月 日	
退所理由	----- ----- ----- ----- ----- -----	

(寒川町子ども・子育て支援法施行細則の一部改正)

第3条 寒川町子ども・子育て支援法施行細則(平成26年寒川町規則第26号)の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

支給認定申請書
 【施設型給付費・地域型保育給付費等】
新規 変更 喪失

児童個人番号記入欄
保護者個人番号記入欄

平成 年 月 日

(宛先)
寒川町長

保護者氏名 印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

児童名	(ふりがな) 氏名		生年月日	性別	障害者(療育) 手帳のあり・なし
			平成 年 月 日生	男・女	あり・なし
保護者	住所	〒253- 寒川町			
	電話番号	自宅	携帯・勤務先	携帯・勤務先	
		0467()			
認定者番号	平成26年1月1日現在の住所 町内・町外() ※既に支給認定を受けている場合のみ記入。新規以外。				
保育希望 ※いずれか①② をしてください	する	保護者の就労または疾病等の理由により、保育所等での保育を希望する場合 (幼稚園等との併願も含む) ☑①から④の必要事項を記入してください。			
	しない	幼稚園等での教育を希望する場合(保育所等との併願は除く) ☑①②および④の必要事項を記入してください。			

注※ *「保育所等」とは・・・保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ。)

*「幼稚園等」とは・・・幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

① 世帯の状況(同居の世帯員)※住民票上は別世帯でも、同居している場合は記入してください。

(ふりがな) 氏名	児童 どの 続柄	生年月日	性別	勤務先 学校名	個人番号 記入欄	市町村民税 ※町記入
		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	男・女			有・無
		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	男・女			有・無
		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	男・女			有・無
		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	男・女			有・無
		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	男・女			有・無
		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	男・女			有・無
		大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	男・女			有・無
生活保護受給の有無	受給していない ・ 受給中(平成 年 月 日から保護受給開始)					

② 利用を希望する期間・希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
利用を希望する施設	施設(事業者)名	希望理由	事業者番号 ※町記入	

③ 保育の利用を必要とする理由など

※保護者の就労または疾病等の理由により、保育所等での保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	統柄	必要とする理由	具体的な状況 (職業、就労日数、 時間、疾病の状況など)
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護など <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休暇取得中で保育所利用中 (保育所名: 平成 年 月 から利用) <input type="checkbox"/> その他()	職業名: 就労日数: 日/月 時間: 時間/日 疾病等について []
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護など <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休暇取得中で保育所利用中 (保育所名: 平成 年 月 から利用) <input type="checkbox"/> その他()	職業名: 就労日数: 日/月 時間: 時間/日 疾病等について []
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (<input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭) ⇒ (祖父母等 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 上記以外		
希望する利用時間など	利用希望曜日		利用希望時間 ※24時間標示で記入
	<input type="checkbox"/> 月曜日から金曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		時から 時まで

* * * * * 【 記入はここまで 】 * * * * *

★町記入欄

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

認定の可否		認定者番号	認定区分
可・否	平成 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
⇒否とする理由:			
支給(入所)の可否		支給(利用)期間	
可・否	⇒否とする理由:	自: 平成 年 月 日から	至: 平成 年 月 日まで
入所施設(事業者)名			
<input type="checkbox"/> 保育所【 <input type="checkbox"/> さむかわ <input type="checkbox"/> 旭 <input type="checkbox"/> 一之宮 <input type="checkbox"/> 寒川湘南 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> その他			

(寒川町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則の一部改正)

第4条 寒川町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則(平成3年寒川町規則第15号)の一部を次のように改正する。

第1号様式及び第2号様式を次のように改める。

②ひとり親家庭等医療費助成事業
医療証交付申請書(現況届)兼受給者台帳

①	(ふりがな) 氏名	()	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	住所	〒	性別	男	女	生年月日	出生年月日	誕生日
	職業	勤務先	電話	()	()	()	()	()
②ひとり親家庭等 となった理由	生活保護受給状況	受給(年月日から)・非受給	児童扶養手当の受給状況	受給(年月日から)・非受給	ア(父・母)死亡 イ(父・母)離婚 ウ(父・母)障害 エ(父・母)障害 オ(父・母)遺棄 カ(保護命令) キ(父・母)拘禁 ク(未婚の母) ク(父がいない) ケ(どうしようか不明) コ(父・母死亡) サ(その他)	受給(年月日から)・非受給	児童扶養手当の受給状況	受給(年月日から)・非受給
	生年月日	続柄	同居別居の別	同居別居の別	障害又は養育を始めた年月日	障害医療の有無	* 対象(受給者番号) 非対象の別	
	(ふりがな)	男	女	男	女	有	無	()
	(個人番号)	申請者本人	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	有	無	()
③家族の状況	(個人番号)	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別
	(個人番号)	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別
	(個人番号)	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別
	(個人番号)	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別	同居別居の別
④児童がある障と書き	氏名	障害名	障害確認の内容	障害確認の内容	障害確認の内容	障害確認の内容	障害確認の内容	障害確認の内容
	(個人番号)	手帳等の番号	手帳等の番号	手帳等の番号	手帳等の番号	手帳等の番号	手帳等の番号	手帳等の番号
⑤歳児以後の児童が18歳	氏名	学校名	学校種別	課程	学年	* 在学証明		
	(個人番号)							

(注意)1 *の欄は記入しないでください。

1 国保 2 組合 3 全管 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期

④加保加入医療状況	被保険者(世帯主・組合員)氏名	申請者との続柄	1 国保	2 組合	3 全管	4 日雇	5 船員	6 共済	7 後期
	被保険者証記号番号	保険者名	符号	名称					
保険者所在地	〒	電話	()						
附加給付の有無									
所得の状況	氏名	年分所得	⑦申請者	⑧配偶者	⑨扶養義務者				
	個人番号								
	⑩控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数)	()	()	()	()	()	()	()	()
	⑪上記以外で前々年の12月31日において申請者によって生計を維持している児童	()	()	()	()	()	()	()	()
	*⑫所得額	円	円	円	円	円	円	円	円
	*⑬養育費の額	円	円	円	円	円	円	円	円
	⑭の額の8割相当額	円	円	円	円	円	円	円	円
	⑮障害者である控除障	()	()	()	()	()	()	()	()
	⑯障害者、特別障害者、特別障害者及び扶養親族の数	()	()	()	()	()	()	()	()
	⑰障害者、特別障害者、特別障害者及び扶養親族の別	()	()	()	()	()	()	()	()
⑱社会保険料相当額	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円	80,000円	
*⑲控除後の所得額	円	円	円	円	円	円	円	円	

提出書類	世帯の状況を証する書類	添付	児童扶養手当証書	公簿確認
確認方法	住民票記載事項証明書	添付	児童扶養手当証書	公簿確認
	所得証明	添付	児童扶養手当証書	公簿確認
	健康保険証	提示	児童扶養手当証書	公簿確認

上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療証の交付を申請します。
申請に当たり高額療養費等について医療保険者と給付調整することに同意します。

年 月 日
(宛先)寒川町長 住所 氏名 印

第2号様式(第12条関係)

㊦ ひとり親家庭等認定調書
(申請書②の欄ア死亡に該当する場合)

死亡した児童の 父又は母の氏名	
死亡年月日	年 月 日
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

住 所

氏 名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書

(申請書②の欄イ離婚に該当する場合)

1 婚姻を解消した場合

婚姻を解消した 児童の父又は母の氏名	
婚姻を解消した年月日	年 月 日
その他参考事項	

2 事実上の婚姻を解消した場合

婚姻を解消した 児童の父又は母の氏名	
事実婚開始年月日	年 月 日
婚姻関係にあつた ときの住所	
事実婚解消年月日	年 月 日
解 消 理 由	
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住 所

氏 名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書
(申請書②の欄ウ障害に該当する場合)

障害の状態にある 児童の父又は母の氏名		
障 害 名		
確 認 方 法	確 認 書 類	1身障手帳 2療育手帳 3診断書 4その他
	手帳等の番号	
	等 級	
	発 行 者	
その他参考事項		

上記の障害確認が診断書による場合

就 労 状 況	1 就労している 2 就労していない (理由) 3 現在休職中 (休職期間)								
日 常 生 活 状 況	1 介護状況(常時監護が必要・その他) 2 身辺処理状況(手助けが必要・その他)								
通 院 等 の 状 況	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">通</td> <td style="width: 30%;">院</td> <td style="width: 20%;">月平均</td> <td style="width: 20%;">回</td> </tr> <tr> <td>過去1年間の入院歴</td> <td></td> <td>回延</td> <td>日間</td> </tr> </table>	通	院	月平均	回	過去1年間の入院歴		回延	日間
通	院	月平均	回						
過去1年間の入院歴		回延	日間						

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

住 所

氏 名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書

(申請書②の欄エ生死不明に該当する場合)

生死が明らかでない 児童の父又は母の氏名	
生死が明らかでない 期 間	年 月 日から現在まで
生死が明らかでない 状 況	
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

住 所

氏 名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書
(申請書②の欄才遺棄に該当する場合)

遺棄している父又は母の氏名	
遺棄の期間	年 月 日から引き続き現在まで
遺棄している父又は母と児童との関係	1実父(母) 2義父(母) 3認知した父
遺棄の区分	1父親が家出 2母親が家出
遺棄している児童の父又は母の行方	1不明 2判明 [住所 電話
子供の安否を気遣う電話、手紙等の連絡	1無 2有 (頻度)
仕 送 り	1無 2有 定期的 月 円 時々 1回 円 年 月まで有りその後無し
警察、親類等への捜索依頼	1無 2有 (年 月 警察署届出)
離婚の意思	1無 2有 3現在はないが将来は考えたい
離婚後の児童の養育	1母親 2父親
遺棄している児童の父又は母の酒乱又は暴力行為	1無 2有
遺棄している児童の父又は母の異性関係	1無 2有
遺棄している児童の父又は母の犯罪行為	1無 2有
遺棄している児童の父又は母のサラ金業者からの借金	1無 2有
遺棄している児童の父又は母の住民登録	1無 2有(抹消予定 年 月 日)
生計維持方法	
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住 所

氏 名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書
(申請書②の欄カ保護命令に該当する場合)

保護命令を受けた児童の父又は母の氏名	
添付書類	別添 保護命令書発令に係る案内等の関係書類の写し
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所

氏名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書
(申請書②の欄キ拘禁に該当する場合)

拘禁されている児童 の父又は母の氏名	
拘 禁 期 間	年 月 日から 年 月 日までの予定
添 付 書 類	別添 拘禁証明書
そ の 他 参 考 事 項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

住 所

氏 名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書

(申請書②の欄ク未婚の母で父がないに該当する場合)

父 の 状 況	1 不明 (理由) 2 判明 氏 名 住 所 妻の有無 1 有 2 無
子 供 の 安 否 を 気 遣 う 電 話、 手 紙 等	1 有 (1) 時々有り(月 回ぐらい) (2) 年 月まで有りその後無し 2 無
子 供 の 安 否 を 気 遣 う 訪 問	1 有 (1) 時々有り(月 回ぐらい) (2) 年 月まで有りその後無し 2 無
仕 送 り の 状 況	1 有 (1) 定期的に有り(月 万円) (2) 時々有り (月 万円) (3) 年 月まで有りその後無し 2 無
認 知 の 予 定	1 有 (年 月頃) 2 無 (理 由)
生 計 維 持 方 法	
そ の 他 参 考 事 項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

住 所

氏 名

印

個人番号

㊦ ひとり親家庭等認定調書

(申請書②の欄コ父母死亡及びサその他に該当する養育者の場合)

児童の父の状況	1 死亡(年 月 日死亡) 2 その他
児童の母の状況	1 死亡(年 月 日死亡) 2 その他
その他参考事項	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所

氏名

印

個人番号

第5号様式から第7号様式までを次のように改める。

第5号様式(第15条関係)

㊦ ひとり親家庭等医療費助成事業医療証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

住 所
氏 名 印
個人番号

下記の理由により、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負担者番号								
受給者番号								

医療証交付年月日

年 月 日

申請理由

- 1 なくした 2 破いた 3 汚した 4 その他

(具体的に書いてください)

第6号様式(第16条関係)

① ひとり親家庭等医療助成事業
医療助成費支給申請書

支給決定額 * 円

負担者番号						世帯主組合員／被保険者氏名	
受給者番号							
保険の種類	1 国保 4 日雇 7 後期	2 組合 5 船員	3 全管 6 共済	被保険者証 記号番号			
保険者名	符号				名称		
対象者氏名	(個人番号)			生年月日	年	月	日
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 4 その他						
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外						
診療等を受けた期間	年 月 日から			年 月 日			
医療費総額							円
支給申請額							円
病院等の名 所在地	名 前 所在地						
申請の理由 (詳細に記入)							
支給額は、下記の口座にお振り込み下さい。							
振込先 金融機関	銀行 店			1 普通	口座番号		
				2 当座	口座名義		
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の医療助成費の支給を申請します。 年 月 日 (宛先)寒川町長 住所 氏名 印 個人番号							

(注意)1 *印欄は記入しないでください。

2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。

3 市(町村)の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。

なお、保険で附加給付のある場合は申し出てください。

第7号様式(第17条関係)

㊦ ひとり親家庭等医療費助成事業
申請事項変更(消滅)届

		負担者番号							
		受給者番号							
変 更 の 場 合	新 氏 名		() のため変更)						
	(旧氏名)		()						
	新 住 所		〒 () ☎						
	(旧住所)		()						
	(新) 勤務 内容	職 業							
		勤務先							
		勤務先住所							
	(新) 加入 医療 保険	保険の種類							
		被 保 険 者 氏 名				申請者との続柄			
		保 険 証 記 号 番 号				保 険 者 名		符 号 名 称	
保 険 者 所 在 地		〒 () ☎ ()							
附 加 給 付 の 有 無									
そ の 他 の 事 項									
変 更 年 月 日		年 月 日							
消 滅 の 場 合	消 滅 理 由	1 他市(町村)に転出 (転出先 () ☎)							
		2 生活保護受給							
		3 死亡							
		4 ひとり親家庭でなくなった(具体的理由 ())							
		5 その他 (())							
消滅年月日		年 月 日							
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成事業の		申請事項が変更 受給資格が消滅							
しましたので届け出します。									
(宛先)寒川町長		年 月 日							
		住所 氏名 個人番号							
		印							

(寒川町小児の医療費の助成に関する条例施行規則の一部改正)

第5条 寒川町小児の医療費の助成に関する条例施行規則(平成7年寒川町規則第12号)

の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第8条関係)

小児医療費助成申請書
(表)

受給者番号					被保険者名		
保険の種類	1国保 2組合 3全管 4日雇 5船員 6共済				被保険者証 記号番号		
保険者名	符号				名称		
ふりがな 小児の氏名	(個人番号)			性別	生年月日	年	月
				男・女			
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他						
入院・入院 外の別	1 入院 2 入院外						
診療等 を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで						
医療費総額	円		助成申請額	円			
病院等 の名称所在地							
申請の理由							
受領方法	振込	銀行 支店	通 帳	1 普通	口座番号		
				2 当座	ふりがな 口座名義		
上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。							
年 月 日							
(宛先)寒川町長							
住所							
氏名 ㊟							
個人番号							
TEL ()							

(裏)

※町記入欄

年分の所得の合計額		円
控 除 額	雑損控除額	円
	医療費控除額	円
	小規模企業等掛金控除額	円
	障害者控除額	円
	寡婦・寡夫・勤労学生控除額	円
	児童手当法施行令第3条第1項による控除	円
	控除額計	円
控除後の所得額		円
助成対象の可否		可・否
助 成 額 の 計 算	自己負担額(入院時食事療養費を除く)	円
	高額療養費	円
	附加給付等	円
	控除額計	円
	差引助成額	円
	附加給付の計算等	

- 備考 1 番号のある欄には、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 ※印の欄には、記入しないでください。
- 3 受給者番号欄には、乳児及び幼児等の医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
- 4 被保険者名の欄には、国民健康保険に加入している方は世帯主名を記入してください。
- 5 申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を確認できる領収書を添えてください。
- (1) 医療を受けた小児の氏名
 - (2) 医療を受けた年月日
 - (3) 医療を受けた病院等の名称、所在地
 - (4) 総医療費
 - (5) 自己負担額
 - (6) 入院の場合には、入院日数

第4号様式を次のように改める。

小児医療費助成事業医療証交付申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

次のとおり、小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

なお、高額療養費等について医療保険者と給付調整をすることに同意します。

① 申 請 者	ふりがな 氏 名	-----			印
	個 人 番 号				
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女	
	住 所				
	電 話 番 号		配偶者の有無	有・無	
② 受(お 給子 者様)	ふりがな 氏 名	-----	続 柄		
	個 人 番 号				
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女	
	住 所	同居・別居(同居の場合は、住所・電話番号を記入する必要はありません。)			
	電 話 番 号				
③ 健 康 保 険 証 の 内 容	ふりがな 被保険者等の氏名	-----	申 請 者 との続柄		
	記 号				
	番 号				
	保 険 者 名				
	保 険 者 番 号				
④ 添 付 書 類	年1月1日に申請者の方が町外に住んでいた場合は、年分の所得を証明する書類が必要です。(源泉徴収票は不可)				

※印の欄には、記入しないでください。

※ 町 記 入 欄	年分 所得の合計額	控 除 額	控 除 後 の 所 得 金 額	助 成 対 象 の 可 否
	円	円	円	可・否
	医 療 証	受 給 者 番 号	交 付 年 月 日	年 月 日
		有 効 期 間		
		年 月 日～	年 月 日	

第7号様式及び第8号様式を次のように改める。

第7号様式(第12条関係)

小児医療費助成事業医療証再交付申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住 所
氏 名
個人番号

印

次の理由により、小児医療費助成事業の医療証の再交付を申請します。

医療証番号

負 担 者 番 号							
受 給 者 番 号							

医療証交付年月日 年 月 日

申請理由

- 1 なくした
- 2 破いた
- 3 汚した
- 4 その他(具体的に書いてください)

第8号様式(第14条関係)

小児医療費助成事業申請事項変更届

医療証 番号	負担者番号							
	受給者番号							
変更 の 場 合	変更後の氏名 (変更前の氏名)		[() のため変更]					
	変更後の住所 (変更前の住所)		〒 () 電話() - ()					
	加入 変更 後の 医療 保険	保険の種類						
		被保険者名		申請者との 続柄				
		保険証記号番号		保険者名				
		保険者の所在地						
		附加給付の有無						
その他の事項								
変更年月日		年 月 日						
消滅 の 場 合	消滅理由	1 他の市町村に転出 (転出先)						
		2 生活保護受給 3 死亡 4 その他						
消滅年月日		年 月 日						
<p>上記のとおり、小児医療費助成事業の申請事項に変更がありましたので届け出ます。 受給資格が消滅しました</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)寒川町長</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 印 個人番号 TEL ()</p>								

(寒川町未熟児養育医療に関する規則の一部改正)

第6条 寒川町未熟児養育医療に関する規則(平成25年寒川町規則第23号)の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

寒川町養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所 _____

(保護者) 氏名 _____ ㊟

個人番号 _____

電話番号 _____

※太枠の中をご記入下さい

			1 新規	2 継続
保険者等の 記号及び番号			保険者番号	
			保険者名	
お子さんの氏名 及び生年月日等	フリガナ		男・女	出生時の 体 重 g
	氏 名			
	個人番号		生年月日	年 月 日
保 護 者	フリガナ		お子さん との続柄	
	氏 名			
	個人番号			
	住 所	〒 _____		
	電 話	() _____		
指定養育 医療機関	名 称		電話 番号	() _____
	所在地	〒 _____		
<p>町で保管する本事業に関し必要な情報について町長が利用すること及び個人情報を未熟児訪問指導事業の資料として使用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">保護者名</p>				

第3号様式を次のように改める。

世 帯 調 書

	フリガナ	続柄	性別	同居 別居	生年月日	職 業 勤務先
	氏 名					
世 帯 の 状 況	(個人番号)	養育医 療の対 象の子			年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
	(個人番号)				年 月 日	
備 考						

<添付書類>この世帯調書に、次の証明書を添付してください。

- 1 お勤めの方で確定申告をしていない方は、勤務先の給与所得の源泉徴収票
- 2 上記1以外の方及び自営業の方は所得税の課税額についての税務署長の証明書
- 3 生活保護を受けている方は、その旨を証明する書類
- 4 中国残留邦人等の円滑な帰国及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の規定による支援給付を受けている方は、その旨を証明する書類

第6号様式を次のように改める。

寒川町養育医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

保護者 住所
氏名 印
個人番号
受給者との続柄 ()

フリガナ				受給者	
受給者氏名				番 号	
※ 担 当 医 師 の 意 見	移 送	移送区間			
		移送方法			
		移送年月日	年	月	日
	移送を必要と認める理由				
	費用見積額		円		
※ 年 月 日					
		指定養育医療機関	名称		
			所在地		
			医師名	印	
やむを得ない理由で事後において申請するときは、その理由					

※印の欄は、記入しないでください

第8号様式を次のように改める。

寒川町養育医療費変更申請書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

納入義務者 住所
氏名 印
個人番号
電話 ()

別紙関係書類を添えて、次のとおり養育医療に係る費用の徴収額の変更を申請します。

なお、この事業に関し、町で保管する受給可否等について必要な情報を町長が利用することを同意します。

受給者	フリガナ		受給者番号	
	氏名			
	住所	〒		
変更前の費用徴収額		月額	円	
変更申請の理由		1 申請時に未確定であった前年所得税が確定したため 2 生活保護を受給したため (受給期間 年 月 日～、年 月 日) 3 その他		

※ 添付書類 ①世帯調書 ②所得税額等証明書 ③その他必要に応じて事実を証明する事項

(寒川町老人福祉法施行細則の一部改正)

第7条 寒川町老人福祉法施行細則(平成5年寒川町規則第10号)の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第2条関係)

老人福祉措置申出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

申出者 住 所
電話番号
氏 名
措置を要する者との関係

次の理由により、老人福祉法第11条の規定による措置の開始を申し出ます。

措置を要する者の氏名及び住所	ふりがな 氏 名											男・女
	年 月 日生											歳
	個人番号											
受けようとする措置の種類	住所											
	電話番号											
措置の開始を申し出る理由	養護老人ホーム											
	特別養護老人ホーム											
養護受託者												

第3号様式を次のように改める。

第3号様式(第3条関係)

(表)
養護受託者申出書

年 月 日

(宛先) 寒川町長
(申出者)

ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
氏 名	㊟			
個人番号				
住 所				

老人福祉法第11条第1項第3号に規定する養護受託者としての認定を受けたいので、申し出ます。

現住所	電話番号	職・勤務先 ・ 仕事の内容 業・ 職					
本人の履歴	最終学歴	職 歴					
	年 月 卒	年 月					
	資 格	年 月					
	年 月	年 月					
	年 月	年 月					
	年 月	年 月					
	年 月	年 月					
健康状態	既往症 病名 発病 治療 年 月	現 在 健康 持病 (病名) やや健康 虚弱 無い 有る					
家族等の状況	氏 名	生年月日	本人との関係	職 業	月 収	健康状態	同 居 別居の別

(裏)

養護受託を希望する理由		
養護老人に対する希望等		
その他		
住居の状況	自宅、借家、借間、その他() 敷地 m^2 床面積 m^2 (構造) 間数 室() 主として当該高齢者が居する室 専用・共用(共用者) 階 畳(構造) 環境	住居の平面図(主として当該高齢者の居する室にはアミを入れること。)
資産及び負債	資産(不動産、有価証券等について主なものを項目別に記入すること。)	負債
世帯の収入(月額)の状況	収入 本人 円 家族等 円 合計 円	

第15号様式及び第16号様式を次のように改める。

第15号様式(第10条関係)

収 入 申 告 書

年 月 日

(宛先)寒川町長

ふりがな						生年月日	明治					
氏 名	Ⓜ							大正	年	月	日	
個人番号												
住 所												

年中の収入について下記のとおり申告します。

入所施設名		養護	養護入所者のみ ()人部屋入居
収 入 A	種 類	金 額(年 額)	
	恩給・年金等収入 ()年金	円	円
	財産収入 利子・配当金収入 その他収入		
	計	円	円
必 要 経 費 B	租 税	円	円
	医療費 社会保険料 その他必要経費		
	計	円	円
差 引 額 [A-B]		円	円

- 添付資料 1 確定申告書(写) 2 源泉徴収票 3 町県民税課税証明書
4 その他

第16号様式(第10条関係)

扶 養 義 務 者 申 告 書

年 月 日

(宛先)寒川町長

ふりがな		入所者との続柄	
氏 名	Ⓜ		
個人番号			
住 所			

年中の収入に係る所得税等について下記のとおり申告します。

被措置者氏名		施設等名	
前 年 の 所 得 税 額	円	本年度分の市町村民税 課 税 区 分	非 課 税 均 等 割 課 税 所 得 割 課 税
生活保護法 適用の有無	有 ・ 無		
備 考			

注 課税状況を確認できる書類を添付すること

第19号様式及び第20号様式を次のように改める。

第20号様式(第12条関係)

措 置 費 用 徴 収 台 帳

入所者氏名	生年月日	年 月 日	個人番号																	
納入者氏名	施設名		異動年月日																	
納入者住所			異動年月日																	

月	負	担	金	階	層	延	滞	金	領	収	年	月	日	督	促	年	月	日	累	計
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
1																				
2																				
3																				

備考 年金管理： 扶養義務者分
 部屋割：

(寒川町障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部改正)

第8条 寒川町障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則(平成18年寒川町規則第20号)の一部を次のように改正する。

第4号様式及び第5号様式を次のように改める。

自立支援医療費（育成医療）治療用装具支給申請書

種別		金額	
フリガナ 受診者氏名		生年月日	
保護者氏名		受診者との続柄	
保護者住所			
個人番号			
障害の種類		受給者番号	
指定医療機関名			
同一治療月に他に育成医療を受けた場合 にあつては、その医療 機関名			
<p>別紙「証明書」を添えて自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 受給者との続柄 氏 名</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 寒川町長</p>			

育成医療治療用装具内訳書

請求金額

円

受給者番号			
受診者の氏名			
治療用装具の名称			
治療用装具の製作費 ※1			
健康保険の給付額 ※2			
自己負担額 ※3			
差引請求額			
希望する振込口座名			
銀行			
支店			
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

年 月 日

請求者住所

氏名

個人番号

(宛先) 寒川町長

※1,2 金額を証明する書類を添付すること。

※3 治療用装具装着月の上限額と装具製作費の一分を比較し、少ない方を自己負担額とする。

(寒川町身体障害者福祉規則の一部改正)

第9条 寒川町身体障害者福祉規則(平成15年寒川町規則第5号)の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。

別記様式(第6条関係)

徴収額減免申請書

年 月 日			
(宛先)寒川町長			
申請者氏名		印	
次のとおり徴収額の減免を申請します。			
身体障害者	ふりがな氏名		生年月日 年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
扶養義務者	ふりがな氏名		生年月日 年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
	身体障害者との続柄		
減免を受けようとする理由			

(寒川町知的障害者福祉規則の一部改正)

第10条 寒川町知的障害者福祉規則(平成15年寒川町規則第6号)の一部を次のように改正する。

第1号様式から第3号様式までを次のように改める。

第1号様式(第4条関係)

職 親 申 出 書

(宛先)寒川町長				年 月 日	
				住 所	
				申出者 氏 名	
				印	
				電話番号	
次のとおり職親となりたいので申し出ます。					
ふりがな 氏 名		生年月日		年 月 日	
個人番号					
職親の委託を受けようとする知的障害者の数	通 い	男		人	
		女		人	
	住込み	男		人	
		女		人	
能力等についての条件					
指 導 訓 練 の 内 容	委託終了後の雇用予定の有無 有 ・ 無				
事業所の名称及び所在地					
事 業 の 種 類					
従 業 員 数	男	人	・	女	人
世 帯 員 数	家族	人	・	同居者	人
住居の規模及び構造					
職親を希望する動機及び知的障害者を使用した経験の有無					
次のとおり決定してよいでしょうか。				起 案	・ ・
部 長	課 長	副主幹等	担 当	決 裁	・ ・
				公印使用	・ ・ 印
				通 知	・ ・
決定区分	<input type="checkbox"/> 登録します <input type="checkbox"/> 登録しません			受付印	
決定理由					

第2号様式(第6条関係)

職 親 措 置 申 請 書

年 月 日				
(宛先)寒川町長				
住 所 申請者 氏 名				
印				
次のとおり職親措置を受けたいので申し出ます。				
知的 障害者	住 所	寒川町		
	氏 名			
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
保 護 者	住 所			
	氏 名		知的障害者との続柄	
	個人番号			
	電話番号	()		
希 望 職 種				
希 望 期 間				
備 考				
次のとおり決定してよいでしょうか。				
起 案				・ ・
部 長	課 長	副主幹等	担 当	決 裁
公印使用				・ ・ 印
通 知				・ ・
決定区分	<input type="checkbox"/> 委託します <input type="checkbox"/> 委託しません			受付印
決定理由				

第3号様式(第11条関係)

徴収額減免申請書

年 月 日			
(宛先)寒川町長		申請者氏名 印	
次のとおり徴収額の減免を申請します。			
知的障害者	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
扶養義務者	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
	知的障害者との続柄		
減免を受けようとする理由			

(寒川町障害児福祉規則の一部改正)

第11条 寒川町障害児福祉規則(平成15年寒川町規則第7号)の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。

別記様式(第5条関係)

徴収額減免申請書

(宛先)寒川町長		年 月 日	
申請者氏名		印	
次のとおり徴収額の減免を申請します。			
障害児	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
扶養義務者	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
	障害児との続柄		
減免を受けようとする理由			

(寒川町重度障害者等の医療費の助成に関する条例施行規則の一部改正)

第12条 寒川町重度障害者等の医療費の助成に関する条例施行規則(平成3年寒川町規則第12号)の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第4条関係)

寒川町重度障害者等医療費助成申請書

受給者番号		被保険者氏名			
保険の種類	1国保 2組合 3全管 4日雇 5船員 6共済 7後期	被保険者証 記号・番号	記号	番号	
保 險 者	名 称				
	所在地				
対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
	住 所	寒川町			
	個 人 番 号				
医 療 区 分	1 医 科 2 歯 科 3 調 剤 4 訪問看護 5 移 送 6 補装具 7 その他()				
入院・入院 外 の 別	1 入 院 2 入院外				
診療等を受 けた期間	年 月から 年 月まで				
医療費総額	円	支給決定額	円		
決 定 理 由 (算出の内訳)					
振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	支 店 名	1 普通	口座番号	
			2 当座	ふりがな 口座名義	
上記のとおり重度障害者等医療費助成の申請をします。					
(宛先)寒川町長			年 月 日		
			住 所 寒川町		
			氏 名	印	
			個人番号		
			対象者との続柄		
			電話番号	()	

第4号様式及び第5号様式を次のように改める。

第4号様式（第8条関係）

課長	副主幹等	課員

年 月 日

(宛先) 寒川町長

(申請書を記入した人) 氏名 _____
 対象者との関係 _____
 住 所 _____
 電 話 _____

寒川町重度障害者等医療費助成制度医療証交付（変更・喪失）申請書

		新規(変更・喪失)		変更前		事由
ふりがな	男					1 新規 <input type="checkbox"/> 手帳取得 <input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険資格取得 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (年 月 日)
	女					
氏名						
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日					
住所	高座郡寒川町					
医療保険の加入状況	記号・番号	記号	番号	記号	番号	2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内の転居 <input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (年 月 日)
	被保険者氏名	(続柄)		(続柄)		
	被保険者の住所					
	保険者の名称					
	保険者の住所					
受給者番号						3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 医療保険資格喪失 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (年 月 日)
個人番号						

上記のとおり医療証の交付（変更・喪失）申請をいたします。
 医療費助成を受給するにあたり、関係機関から必要な情報を収集することに同意します。

印

第5号様式(第9条関係)

課 長	副主幹等	課 員

寒川町重度障害者等医療費助成制度医療証交付(変更・喪失)申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住 所 寒川町 _____

申請者 氏 名 _____ 印

個人番号 _____

電話番号 () _____

下記のとおり再交付を申請いたします。

受給者	住 所	寒川町			
	氏 名		男・女	年 月 日	
	個 人 番 号				
再 交 付 事 由	1 汚 損	2 き 損	3 亡 失		
	4 その他()			
受給者番号	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	台帳記入	年 月 日		

(寒川町国民健康保険条例施行規則の一部改正)

第13条 寒川町国民健康保険条例施行規則(平成13年寒川町規則第30号)の一部を次のように改正する。

第2号様式を次のように改める。

第2号様式(第8条関係)

国民健康保険料(徴収猶予・減免)申請書

				被保険者証番号	52—
徴収猶予又は減免を必要とする保険料額				徴収猶予又は減免を必要とする期間	
内 訳	期別	納期限	保険料額	※徴収猶予保険料の納付計画	年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
	月分				年 月 日
徴収猶予又は減免を必要とする理由		<hr/> <hr/> <hr/>			
添付書類					
<p>上記のとおり添付書類を添えて、年度分国民健康保険(徴収猶予・減免)を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(申請者)納入義務者 住所 寒川町 氏名 印 個人番号 電話 ()</p> <p>(宛先) 寒川町長</p>					

注意 徴収猶予の場合は※印欄に納付計画を記入してください。

(寒川町介護保険法施行細則の一部改正)

第14条 寒川町介護保険法施行細則(平成25年寒川町規則第18号)の一部を次のように改正する。

第1号様式から第6号様式までを次のように改める。

第1号様式(第2条関係)

介護保険資格取得・異動・喪失届

(宛先) 寒川町長

次のとおり届け出ます。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号		
届出日	年 月 日	異動日	年 月 日
届出事由			
新住所 〒			
旧住所 〒			
本年1月1日の住所			

資格異動年月日
取得・異動・喪失 年 月 日

取得事由	喪失事由	異動事由
町内転入 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他取得	町外転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他喪失	氏名変更 住所変更 世帯変更

フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者番号										要介護認定の有無	介護施設の有無	備考		
				個人番号														
	・	男・女	世帯主													有・無	有・無	
	・	男・女	世帯主													有・無	有・無	
	・	男・女	世帯主													有・無	有・無	
	・	男・女	世帯主													有・無	有・無	
	・	男・女	世帯主													有・無	有・無	

第2号様式(第3条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 寒川町長

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。

*上記(適用・変更・終了)より該当するものに○をつける。
 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
届出人氏名			被保険者との関係
届出人住所	〒 電話番号		

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

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																		

世 帯 主	氏 名		被保険者 との続柄		生年月日	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、以下も記入のこと																			
	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、以下も記入のこと																			
	施設	名 称																		
	入所年月日	年 月 日																		

第3号様式(第4条関係)

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先) 寒川町長

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		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	フリガナ		個人番号																
	被保険者氏名		生年月日	年 月 日															
			性別	男 ・ 女															
住所	〒 電話番号																		

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

*2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の被保険者証交付申請者用

第4号様式(第4条の2関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 寒川町長

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	

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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																	
	被保険者氏名																性別	男・女																	
	住所	〒															電話番号																		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

*2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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

介護保険 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

(宛先) 寒川町長
次のとおり申請します。

被	被保険者番号														申請年月日					年				月					日																							
	個人番号																																																			
保	フリガナ														生年月日												()歳																									
	氏名														性別																																					
險	住所	〒													電話番号																																					
	前回要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5											要支援状態区分 1 2																																							
者		有効期間											年					月					日から					年					月					日														
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	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				
	有・無	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)																							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									

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)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ために必要があるときは、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

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 寒川町長
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	()歳			
	氏 名					性 別				
	住 所	〒				電話番号				
	前回要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2				
	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	介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日				
有 ・ 無	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)				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		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)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ために必要があるときは、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 _____

第15号様式を次のように改める。

第15号様式(第12条関係)

介護保険サービス種類指定変更申請書

(宛先) 寒川町長

次のとおり申請します。

		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		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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	〒 電話番号		
	現に受けている要介護・要支援認定の内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援 1 2	
	有効期間	年 月 日 から	年 月 日	
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消除を求める旨				
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		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)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			

第17号様式及び第18号様式を次のように改める。

第17号様式 (第13条関係)

居宅サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

		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	性 別
		年 月 日	男 ・ 女
居宅サービス計画の作成を依頼 (変更) する事業者			
事業者の事業者名		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記入してください。	
		変更年月日 (年 月 日付)	
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無		<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし	
(宛先) 寒川町長			
上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。			
年 月 日			
住 所		電話番号	
被保険者氏名		印 ()	
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 基準該当事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号	

- 注 1 この届出書は、要介護認定の申請時又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに寒川町へ提出してください。
- 2 居宅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、必ず寒川町に届け出してください。
- 届出のない場合は、サービスに係る費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。

第18号様式(第14条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等償還払い申請書(年 月分)

フリガナ										
被保険者氏名	保険者番号									
	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	年 月 日									
住所	〒									
	電話番号									
支払金額合計	円									
申請理由										
<p>(宛先) 寒川町長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて 居宅介護(介護予防)サービス費、特例居宅介護(介護予防)サービス費、地域密着型居宅介護(介護予防)サービス費、特例地域密着型居宅介護(介護予防)サービス費、居宅介護(介護予防)サービス計画費、特例居宅介護(介護予防)サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、特定入所者介護(予防)サービス費、特例特定入所者介護(予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>										

注 この申請書の裏面に、該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護(介護予防)支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 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										

第20号様式及び第21号様式を次のように改める。

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		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
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								
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									
(宛先) 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 電話番号 氏 名 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>決</td> <td>課長</td> <td>副主幹等</td> <td colspan="2">課 員</td> </tr> <tr> <td>裁</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				決	課長	副主幹等	課 員		裁				
決	課長	副主幹等	課 員														
裁																	
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21号様式(第17条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給事前承認申請書

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女						
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						
改修予定費用	円								
<p>(宛先) 寒川町長</p> <p>上記のとおりの内容で住宅改修を行いたいので、関係書類を添えて事前承認の申請をします。なお、承認後に申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 Ⓜ 電話番号</p>									

注 この申請書には、下記の資料を添付してください。

- 1 介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類
- 2 見積書(工事費の内訳がわかるもの)
- 3 工事着工前の写真
- 4 住宅改修箇所の見取図
- 5 改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書

第23号様式及び第24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			保険者番号																	
被保険者氏名			被保険者番号																	
			個人番号																	
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																
(宛先) 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。

收受	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円				<table border="1"> <tr> <td>決</td> <td>課長</td> <td>副主幹等</td> <td colspan="2">課 員</td> </tr> <tr> <td>裁</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				決	課長	副主幹等	課 員		裁				
決	課長	副主幹等	課 員														
裁																	
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24号様式(第18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

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号											
		被保険者番号											
個人番号													
生年月日		年 月 日		性別									
住所		電話番号											
該当月分の支払額 合 計		円											
		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												
	世 帯 員												
<p>(宛先) 寒川町長 上記のとおり関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名 </p>													

注 意 ・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。
・この申請書の裏面に領収書を添付してください。

上記高額介護(介護予防)サービス費を請求し、振込先を下記口座に指定します。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種別	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											

第25号様式の2及び第26号様式を次のように改める。

介護保険基準収入額適用申請書

平成 年 月 日

(宛先) 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	
被保険者氏名	印	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	印	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	印	個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	連絡先		

氏名				
生年月日	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		連絡先(自宅・勤務先)
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。

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)		支給申請書整理番号
フリガナ	生年月日	年	月	日	性	別	個人番号	年 月 日 ~ 年 月 日
氏名	国民健康保険資格情報		続柄		保険者名称		加入期間	
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日まで	
保険者番号	後期高齢者医療資格情報		被保険者番号		保険者名称		加入期間	
保険者番号	介護保険資格情報		被保険者番号		保険者名称		加入期間	
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
1 窓口払い	1		信用組合			1 普通預金 2 当座預金 3 その他		口座名義人
2 口座振込			信用組合					振込先口座管理番号
3			協					
保険者加入履歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		備考欄	
1			年 月 日から 年 月 日まで					
2			年 月 日から 年 月 日まで					
3			年 月 日から 年 月 日まで					

(宛先) 寒川町長

① 上記対象者について、高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。

高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

年 月 日 住所
郵便番号
申請代表者
氏名 印
電話番号

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)		支給申請書整理番号
フリガナ	フリガナ	個人番号	個人番号	個人番号	個人番号	個人番号	個人番号	個人番号
氏名	生年月日	生年月日	生年月日	生年月日	生年月日	生年月日	生年月日	生年月日
国民健康保険資格情報								
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間	加入期間	加入期間	加入期間
			1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員		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	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	被保険者名称	被保険者名称	加入期間	加入期間	加入期間	加入期間	加入期間
				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	年 月 日から 年 月 日まで	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	被保険者名称	被保険者名称	加入期間	加入期間	加入期間	加入期間	加入期間
				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	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	振込口座記入欄	振込口座管理番号	振込口座管理番号	振込口座管理番号	振込口座管理番号	振込口座管理番号
1 窓口払い	1							
2 口座振込								
保険者名								
1	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド
2	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド
3	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド	店 舗 コー ド
保険者加入歴	種目	普通預金 当座預金 その他	種目	種目	種目	種目	種目	種目
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人	口座名義人
添付の自己負担額証明書整理番号								
備考欄								

(宛先) 寒川町長

① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。
 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

年 月 日 住所
 郵便番号
 申請代表者
 氏名 印
 電話番号

第29号様式を次のように改める。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 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							
個人番号									
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		

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32号様式を次のように改める。

介護保険特定負担限度額認定申請書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号																	
			被保険者番号																	
個人番号																				
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女																
住 所	〒																電話番号			
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒																電話番号			
入所する居室の種別	1 ユニット型個室				2 ユニット型準個室				3 従来型個室				4 多床室							
入所年月日	年 月 日																			
特定負担限度申請事由	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年額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()																			
(宛先) 寒川町長 上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 <div style="text-align:center">Ⓜ</div>																				

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)

第35号様式を次のように改める。

第35号様式(第22条関係)

介護保険利用者負担額減免申請書

フリガナ 被保険者氏名											保険者番号										
											被保険者番号										
個人番号																					
生年月日	年 月 日生										性別	男 ・ 女									
住 所	〒										電話番号										
利用者負担額 減免申請理由																					
<p>(宛先) 寒川町長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、利用者負担額の減免を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>																					

町記入欄

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 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

第38号様式を次のように改める。

第 38 号様式(第 22 条関係)

介護保険利用者負担額減免事由(変更・消滅)届出書

被 保 険 者	住 所										
	氏 名								電 話 番 号		
		年			月		日		生		
被保険者番号											
個人番号											
適用年月日		年 月 日から									
有効期限		年 月 日まで									
減免内容 (支給割合)											
利用者負担額 の減免事由の (変更・消滅) 内容											
添付書類											
<p>(宛先) 寒川町長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、利用者負担額減免事由が(変更・消滅)したことを届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p> <p>印</p>											

(寒川町介護保険条例施行規則の一部改正)

第15条 寒川町介護保険条例施行規則(平成25年寒川町規則第19号)の一部を次のように改正する。

第3号様式を次のように改める。

第3号様式(第4条関係)

介護保険料徴収猶予申請書

(宛先) 寒川町長

次のとおり 年度分介護保険料の徴収猶予を申請します。

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

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記載は不要

被 保 険 者	被保険者番号												
	個人番号												
	氏 名									生年月日	年 月 日		
										性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 — 電話番号 ()												

申請理由	
------	--

第5号様式を次のように改める。

第5号様式(第7条関係)

介護保険料減免申請書

(宛先) 寒川町長

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

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

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記載は不要

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	〒 ー 電話番号 ()										

申請理由	
------	--

第7号様式を次のように改める。

第7号様式(第8条関係)

(表)

介護保険料(徴収猶予・減免)事由(変更・消滅)申告書

被保険者氏名											
被保険者番号											
個人番号											

1. 徴収猶予内容

徴収猶予決定年月日	年	月	日	
納期	保険料額	徴収猶予期間		備考
4月	円	～		
5月	円	～		
6月	円	～		
7月	円	～		
8月	円	～		
9月	円	～		
10月	円	～		
11月	円	～		
12月	円	～		
1月	円	～		
2月	円	～		
3月	円	～		
合計	円			

*徴収猶予を受けている方のみ記入してください。

2. 減免内容

減免決定年月日	年	月	日	決定した減免額	円	
減免前保険料額				円	減免後保険料額	円
納期	減免前保険料額	減免額		減免後保険料額		
4月	円	円		円		
5月	円	円		円		
6月	円	円		円		
7月	円	円		円		
8月	円	円		円		
9月	円	円		円		
10月	円	円		円		
11月	円	円		円		
12月	円	円		円		
1月	円	円		円		
2月	円	円		円		
3月	円	円		円		
合計	円					

*減免を受けている方のみ記入してください。

(裏)

徴収猶予又は減免事由の(変更・消滅)内容	
添付書類	
<p>(宛先) 寒川町長</p> <p>上記のとおり添付書類を添えて、介護保険料(徴収猶予・減免)事由が(変更・消滅)したことを届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 印</p> <p>電話 ()</p>	

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後の寒川町町税条例施行規則第8号様式は、平成29年度以後の年度分の町民税に係る申告に適用し、平成28年度以前の年度分の町民税に係る申告については、なお従前の例による。

(残存用紙の使用)

- 3 この規則の施行前に、改正前の寒川町町税条例施行規則、寒川町特定保育所における保育の利用等に関する規則、寒川町子ども・子育て支援法施行細則、寒川町ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例施行規則、寒川町小児の医療費の助成に関する条例施行規則、寒川町未熟児養育医療に関する規則、寒川町老人福祉法施行細則、寒川町障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則、寒川町身体障害者福祉規則、寒川町知的障害者福祉規則、寒川町障害児福祉規則、寒川町重度障害者等の医療費の助成に関する条例施行規則、寒川町国民健康保険条例施行規則、寒川町介護保険法施行細則及び寒川町介護保険条例施行規則の規定により既に調製された様式で用紙が現に残存するものに限り、所要の調整をし、当分の間使用することができる。