

寒川町介護保険法施行細則新旧対照表

現行	改正案
<p>～略～                      (被保険者証の交付)                      第4条 省令第26条第2項に規定する申請書は、介護保険被保険者証交付申請書(第3号様式)とする。                      2 省令第27条第1項の規定による被保険者証の再交付の申請書は、介護保険被保険者証等再交付申請書(第4号様式)とする。</p>	<p>～略～                      (被保険者証の交付)                      第4条 省令第26条第2項に規定する申請書は、介護保険被保険者証交付申請書(第3号様式)とする。                      (削る)</p>
<p>(加える)</p>	<p>(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。</p>
<p>～略～                      (特例居宅介護サービス費等の額)                      第15条 次に掲げる介護給付又は予防給付の額は、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の100分の90 _____                      _____に相当する額とする。</p>	<p>～略～                      (特例居宅介護サービス費等の額)                      第15条 次に掲げる介護給付又は予防給付の額は、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の100分の90(法第49条の2の規定が適用される場合においては100分の80)に相当する額とする。</p>
<p>～略～                      (高額介護サービス費等の支給申請)                      第18条 (略)                      2 (略)</p>	<p>～略～                      (高額介護サービス費等の支給申請)                      第18条 (略)                      2 (略)</p>
<p>(加える)</p>	<p>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。</p>
<p>～略～                      (負担限度額認定の申請等)                      第20条 (略)                      2 (略)                      3 (略)</p>	<p>～略～                      (負担限度額認定の申請等)                      第20条 (略)                      2 (略)                      3 (略)</p>
<p>(加える)</p>	<p>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。</p>
<p>～略～                      第4号様式(第4条関係)                      別添参照</p>	<p>～略～                      第4号様式(第4条の2関係)                      別添参照</p>

第5号様式(第6条関係)

別添参照

第6号様式(第6条関係)

別添参照

第7号様式(第6条関係)

別添参照

第8号様式(第6条関係)

別添参照

第9号様式(第6条関係)

別添参照

第10号様式 (略)

第11号様式(第8条関係)

別添参照

第12号様式(第9条関係)

別添参照

第13号様式(第10条関係)

別添参照

第14号様式(第11条関係)

別添参照

～略～

第20号様式(第16条関係)

別添参照

～略～

第23号様式(第17条関係)

別添参照

～略～

(加える)

第29号様式(第20条関係)

別添参照

～略～

(加える)

第5号様式(第6条関係)

別添参照

第6号様式(第6条関係)

別添参照

第7号様式(第6条関係)

別添参照

第8号様式(第6条関係)

別添参照

第9号様式(第6条関係)

別添参照

第10号様式 (略)

第11号様式(第8条関係)

別添参照

第12号様式(第9条関係)

別添参照

第13号様式(第10条関係)

別添参照

第14号様式(第11条関係)

別添参照

～略～

第20号様式(第16条関係)

別添参照

～略～

第23号様式(第17条関係)

別添参照

～略～

第25号の2様式(第18条関係)

別添参照

第29号様式(第20条関係)

別添参照

～略～

第31号の2様式(第20条関係)

別添参照

～略～

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。

# 現 行

第4号様式(第4条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(あて先) 寒川町長

次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	年月日
申請者住所	被保険者との関係	
〒		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

被保険者番号	フリガナ												
被保険者氏名	生年月日	年月日	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 <u>受給資格証明書</u>
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
--------	---------------

# 改正案

第4号様式(第1条の2関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(あて先) 寒川町長

次のとおり申請します。

申請者氏名	申請年月日	年月日
申請者住所	被保険者との関係	
〒		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

被保険者番号	フリガナ												
被保険者氏名	生年月日	年月日	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 <u>受給資格証明書</u> 4 <u>負担割合証</u>
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
--------	---------------

現行

第5号様式(第6条関係)

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

(あて先) 寒川町長  
次のおり申請します。

被保険者番号	申請年月日	年	月	日
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	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2			
認定の更新等	有効期間 年 月 日から 年 月 日			
*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	介護保険施設の名称等・所在地			
過去6ヶ月間の施設・医療機関等の有無	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	期間 年 月 日～ 年 月 日			
有・無	医療機関等の名称等・所在地			

提出代行	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	

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		

介護サービス計画を作成する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 居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又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提示すること  
に同意します。

本人氏名

改正案

第5号様式(第6条関係)

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

(あて先) 寒川町長  
次のおり申請します。

被保険者番号	申請年月日	年	月	日
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	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2			
*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間 年 月 日から 年 月 日			
過去6ヶ月間の施設・医療機関等の有無	介護保険施設の名称等・所在地			
	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	期間 年 月 日～ 年 月 日			
有・無	医療機関等の名称等・所在地			

提出代行	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	

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における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提示すること  
に同意します。

本人氏名

現 行

第6号様式(第6条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 寒川町長  
次のおり申請します。

被 保 険 者 番 号	ナ	年 月 日
フリガナ	性 別	生年月日 ( )歳
氏 名	姓 別	
住 所	〒 電話番号	
前 回 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2	
* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間 年 月 日から 年 月 日	
過 去 6 月 間 の 設 置 機 関 等 の 介 護 保 険 機 関 等 の 医 院 入 所 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
有 ・ 無		

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 印

主 治 医 生 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	

介護サービス計画を作成する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\_\_\_\_\_居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又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從事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

改 正 案

第6号様式(第6条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 寒川町長  
次のおり申請します。

被 保 険 者 番 号	ナ	年 月 日
フリガナ	性 別	生年月日 ( )歳
氏 名	姓 別	
住 所	〒 電話番号	
前 回 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2	
* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間 年 月 日から 年 月 日	
過 去 6 月 間 の 設 置 機 関 等 の 介 護 保 険 機 関 等 の 医 院 入 所 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
有 ・ 無		

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 印

主 治 医 生 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從事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

## 現 行

(責)

### 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 病院、診療所、介護老人保健施設又は訪問看護若しくは訪問リハビリテーションを行う事業所から介護サービスを受ける場合は、この証に老人保健の健康手帳を添えて、事業者又は介護保険施設に提出してください。
- 4 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用(入院又は入所時に食事に要する費用を除く。)の1割です(居宅介護支援サービスの利用時支払額は、ありません。)。また、入院又は入所時における食事に要する費用については、1日につき定額の標準負担額となります。ただし、在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、市町村に届け出た場合に限りです。これらの手続きをしない場合は、給付は、市町村からの事後払いになります。
- 5 在宅サービスには給付の限度額が設定されます。
- 6 認定審査会意見等の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。
- 7 死亡、転出等の理由により、被保険者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 8 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 9 資格者証の有効期限を経過したときは、この証を更新してください。
- 10 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。
- 11 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。

## 改正案

(責)

### 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つて、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、市町村に届け出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るときは、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つたときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 9 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、14日以内に、この証を添えて、市町村に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、市町村に提出して、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。

# 現 行

第8号様式(第6条関係)

(表)

年 月 日

様

寒川町長

寒川町長

介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書

介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書

年 月 日に行なった要介護認定・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。

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										
判定年月日										
理由										
認 定 の 有 効 期 間										

認定審査会の意見・サービスの種類の指定

- ・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ことがあります。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關しての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 千

TEL

(不服の申し立て)

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知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。
- この処分については、前項の審査請求の裁決を経た後でなければ、取消訴訟を提起することができません(介護保険法(平成9年法律第123号)第196条)。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで取消訴訟を提起することができます。

(兼)

- 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から6か月以内に、寒川町(訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります。)を被告として、提起することができます。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができません。

神奈川県介護保険審査会

〒 神奈川県

TEL

# 改正案

第8号様式(第6条関係)

年 月 日

様

寒川町長

印

介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書

被保険者番号										被保険者氏名
判定結果										
判定年月日										
理由										
認 定 の 有 効 期 間										

認定審査会の意見・サービスの種類の指定

- ・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ことがあります。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關しての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 千

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



# 現 行

第9号様式(第6条関係)

様

年 月 日

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 付けで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

問い合わせ先

寒川町 課 〒  
TEL

(不服の申し立て)

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知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。
- この処分については、前項の審査請求の裁決を経た後でなければ、取消訴訟を提起することができません(介護保険法(平成9年法律第123号)第196条)。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで取消訴訟を提起することができます。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続きの執行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から6か月以内に、寒川町(訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります。)を被告として、提起することができます。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができません。

神奈川県介護保険審査会

〒 神奈川県

TEL

# 改正案

第9号様式(第6条関係)

様

年 月 日

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執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

現 行

改 正 案

第11号様式(第8条関係)

第11号様式(第8条関係)

年 月 日

年 月 日

様

様

寒川町長

寒川町長



介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書

介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書

年 月 日付で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。

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

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

延期理由

延期理由

処理見込期間

処理見込期間

問い合わせ先

課 長

寒川町

TEL

<お問い合わせ先>

寒川町

課 長

TEL

## 現 行

第12号様式(第9条関係)

年 月 日

様

寒川町長

寒川町長



### 介護保険要介護状態区分変更通知書

### 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。

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

問い合わせ先

寒川町

課 長

<お問い合わせ先>

寒川町

課 長

TEL

TEL

(不服の申し立て)

1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知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。

2 この処分については、前項の審査請求の判決を経た後でなければ、取消訴訟を提起することができません(介護保険法(平成9年法律第123号)第196条)。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する判決を経ないで取消訴訟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か月を経過しても判決がないとき。

(2) 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3) その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3 この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から6か月以内に、寒川町(訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります。)を被告として、提起

することができます。

なお、判決があったことを知った日の翌日から6か月以内であっても、判決の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができません。

神奈川県介護保険審査会

〒

神奈川県

TEL

## 改正案

第12号様式(第9条関係)

年 月 日

様

寒川町長

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 長

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、審査請求に対する判決があり、なおこの処分について不服がある時は、判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、審査請求に対する判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、審査請求に対する判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ヶ月を経過しているにもかかわらず、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その他判決を経ないことにつき正当な理由がある場合

# 現 行

第13号様式(第10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

・被保険者証を本町に提出してください。

提出期限：

ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

問い合わせ先

寒川町 課 〒

TEL

(不服の申し立て)

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知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。
- この処分については、前項の審査請求の裁決を経た後でなければ、取消訴訟を提起することができません(介護保険法(平成9年法律第123号)第196条)。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで取消訴訟を提起することができます。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から6か月以内に、寒川町(訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります。)を被告として、提起することができます。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができません。

神奈川県介護保険審査会

〒

神奈川県

TEL

# 改正案

第13号様式(第10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

・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となります。)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ヶ月を経過しているも裁決がない場合、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

現 行

第14号様式(第11条関係)

(表)

介護保険受給資格証明書

番 号 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		フリガナ	
被 保 険 者		氏 名	
生 年 月 日	[ ] [ ] [ ]		
住 所 (転出先予定)			
異 動 予 定 日	年	月	日
上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等をおり受けている(申請中の)者であることを証する。			
年 月 日		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		寒川町長	
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
認定審査会の意見及びサービスの種類		利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	
備考			

改正案

第14号様式(第11条関係)

(表)

介護保険受給資格証明書

番 号 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		フリガナ	
被 保 険 者		氏 名	
生 年 月 日	[ ] [ ] [ ]		
住 所 (転出先予定)			
異 動 予 定 日	年	月	日
上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等をおり受けている(申請中の)者であることを証する。			
年 月 日		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		寒川町長	
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
認定審査会の意見及びサービスの種類		利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	
備考			

現行

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					
生年月日	年 月 日	性別	男・女	要介護区分	支 援 1 ・ 支 援 2 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
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			
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。		円 平成 年 月 日 円 平成 年 月 日 円 平成 年 月 日				
申請者氏名	住 所	電話番号					

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。

取 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
本人負担額	円

算出の内訳

支給限度額/年	90,000円 (A)
支給済額	円 (B)
支給限度額残額	円 (C)
当該購入費用	円 (D)
上記の9割 (9万円以内)	円 (E)
支 給 額 ( ) ≤ ( ) = ( )	円

上記給付費を請求し、振込先を下記口座に指定します。

口座振替 依頼	金融機関名	本店	種 目	口座番号
	金融機関コード	支店	1 普通預金	
	店舗コード	出張所	2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

改正案

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					
生年月日	年 月 日	性別	男・女	要介護区分	支 援 1 ・ 支 援 2 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			
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。		円 平成 年 月 日 円 平成 年 月 日 円 平成 年 月 日				
申請者氏名	住 所	電話番号					

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。

取 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
本人負担額	円

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9割 (9万円以内)	円 (E)
支 給 額 ( ) ≤ ( ) = ( )	円

# 現 行

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							
生年月日	年 月 日	性 別	男・女	要介護区分	支 援 1・2・3・4・5				
住 所	〒 ..... 電話番号								
住宅の所有者	本人との関係 ( )								
改修の場所	□居室 □廊下 □便所 □浴室 □階段 □その他 ( )								
改修の内容	□手すり設置 □滑り止め □扉の交換 □床段差の解消 □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	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員			
申 請 者 氏 名	住 所	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員				
申 請 者 氏 名	住 所	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員				
印	住 所	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員				

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。

取 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	課 長	副 主 幹 等	課 員			
算出の内訳	支給限度額 180,000円 (A)						
保険支給額	円	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)
本人負担額	円	上記の9割 (18万円以内)	支給額 ( ) ≤ ( ) = ( )	円 (E)			

上記給付費を請求し、振込先を下記口座に指定します。

口座振替 依頼欄	金融機関名	本店	支店	種 目	口座番号
	金融機関コード	出張所	店舗コード	1 普通預金	
	フリガナ			2 当座預金	
				3 その他	

# 改正案

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							
生年月日	年 月 日	性 別	男・女	要介護区分	支 援 1・2・3・4・5				
住 所	〒 ..... 電話番号								
住宅の所有者	本人との関係 ( )								
改修の場所	□居室 □廊下 □便所 □浴室 □玄関 □階段 □その他 ( )								
改修の内容	□手すり設置 □滑り止め □扉の交換 □床段差の解消 □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	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員			
申 請 者 氏 名	住 所	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員				
申 請 者 氏 名	住 所	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員				
印	住 所	年 月 日	通 知	年 月 日	課 員				

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。

取 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	課 長	副 主 幹 等	課 員			
算出の内訳	支給限度額 円 (A)						
保険支給額	円	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)
本人負担額	円	上記の9割 (万円以内)	支給額 ( ) ≤ ( ) = ( )	円 (E)			

# 現行

第29号様式(第20条関係)

## 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	保険者番号	1	4	3	2	1	4
被保険者氏名	被保険者番号						
生年月日	年	月	日生	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)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つて、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つて、1に該当する以外のもの 3 その他( )						
(あて先) 寒川町長							
上記のとおり食事・居住費に係る負担限度額認定を申請します。							
年 月 日							
申請者住所	〒 電話番号						
申請者氏名	①						

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

### 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	
有効期限	
年月日まで	

# 改正案

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、食事・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	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				
配偶者の有無	有 ・ 無						
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)							
配偶者に関する事項							
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者である高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であつて、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つて、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。 <input type="checkbox"/> ※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(印紙税額)	円	その他(現金・負債を含む)	円	( )	円

※内容を記入してください。記入については、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。