

寒川町介護保険法施行細則新旧対照表

現行	改正案
～略～	～略～
<u>第5号様式(第6条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第5号様式(第6条関係)</u> 〔別添のとおり〕
<u>第6号様式(第6条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第6号様式(第6条関係)</u> 〔別添のとおり〕
<u>第7号様式(第6条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第7号様式(第6条関係)</u> 〔別添のとおり〕
～略～	～略～
<u>第20号様式(第16条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第20号様式(第16条関係)</u> 〔別添のとおり〕
第21号様式 (略)	第21号様式 (略)
<u>第22号様式(第17条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第22号様式(第17条関係)</u> 〔別添のとおり〕
<u>第23号様式(第17条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第23号様式(第17条関係)</u> 〔別添のとおり〕
～略～	～略～
<u>第30号様式(第20条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第30号様式(第20条関係)</u> 〔別添のとおり〕
<u>第31号様式(第20条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第31号様式(第20条関係)</u> 〔別添のとおり〕
第31号の2様式 (略)	第31号の2様式 (略)
<u>第32号様式(第21条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第32号様式(第21条関係)</u> 〔別添のとおり〕
<u>第33号様式(第21条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第33号様式(第21条関係)</u> 〔別添のとおり〕
<u>第34号様式(第21条関係)</u> 〔別添のとおり〕	<u>第34号様式(第21条関係)</u> 〔別添のとおり〕
～略～	～略～
	附 則
	(施行期日)
	1 <u>この規則は、平成30年4月1日から施行する。</u>
	(残存用紙の使用)
	2 <u>この規則の施行前に、旧規則の規定により既に調製された様式で現に残存するものに限り、所要の調製をし、当分の間使用することができる。</u>

(現行)

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

(宛先)寒川町長
次とおり申請します。

被保険者	被保険者番号											申請年月日	年 月 日		
	個人番号														
	フリガナ											生年月日	()歳		
	氏名											性別			
	住所	〒													
電話番号															
前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small> 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日															
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				
	介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日				
	医療機関等の名所等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日				
	医療機関等の名所等・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・居宅介護支援事業所・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															

(改正案)

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

(宛先)寒川町長
次とおり申請します。

被保険者	被保険者番号											申請年月日	年 月 日		
	個人番号														
	フリガナ											生年月日	()歳		
	氏名											性別			
	住所	〒													
電話番号															
前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small> 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 年 月 日から 年 月 日 <small>*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入</small> 転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日															
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				
	介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日				
	医療機関等の名所等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日				
	医療機関等の名所等・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・居宅介護支援事業所・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・介護医療院)													
	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															

(現行)

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
次とおりに申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											申請年月日	年	月	日							
	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												
		有効期間	年			月			日			から			年			月			日	
	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		
医療機関等の名所等・所在地												期間	年	月	日	~	年	月	日			
有・無	医療機関等の名所等・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・居宅介護支援事業所・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

(改正案)

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
次とおりに申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											申請年月日	年	月	日							
	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												
		有効期間	年			月			日			から			年			月			日	
	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		
医療機関等の名所等・所在地												期間	年	月	日	~	年	月	日			
有・無	医療機関等の名所等・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・居宅介護支援事業所・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・介護医療院)															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

(現行)

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	
			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	入所・入院年月日		
	名称	退所・退院年月日		
	種類	入所・入院年月日		
	名称	退所・退院年月日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			寒川町 印

裏面の注意事項を確認してください。

(改正案)

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	
			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	入所・入院年月日		
	名称	退所・退院年月日		
	種類	入所・入院年月日		
	名称	退所・退院年月日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			寒川町 印

裏面の注意事項を確認してください。

(現行)

(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、市町村に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ったときは、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。

(改正案)

(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、市町村に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。)に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額を支払います。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ったときは、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		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	年 月 日										
			円	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 氏名 印 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。

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		決裁	課長	副主幹等	課員		
円							
算出の内訳							
保険支給額 円		支給限度額/年		円(A)			
		支給済額		円(B)			
		支給限度額残額		円(C)			
本人負担額 円		当該介護保険対象購入額		円(D)			
		上記の割(万円以内)		円(E)			
支給額() ≤ () = () 円							

(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		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											
要介護区分	支援1・2 介護1・2・3・4・5	負担割合	_____											
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	年 月 日										
			円	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 氏名 印 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。

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		決裁	課長	副主幹等	課員		
円							
算出の内訳							
保険支給額 円		支給限度額/年		円(A)			
		支給済額		円(B)			
		支給限度額残額		円(C)			
本人負担額 円		当該介護保険対象購入額		円(D)			
		上記の割(万円以内)		円(E)			
支給額() ≤ () = () 円							

(現行)

第 22 号様式 (第 17 条関係)

年 月 日

様

寒川町長 印

介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修費支給事前承認 (不承認) 決定通知書

月 日付け提出のありました介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修費支給事前承認 (不承認) 申請については、下記のとおり事前承認 (不承認) しましたので通知します。

被保険者情報

被保険者番号	生年月日	年 月 日
被保険者氏名		

1 承認

改修内容	
介護保険の対象となる改修金額 <u>この金額の 9 割が支給予定額です。</u>	
承認日 (着工可能日)	年 月 日

2 不承認

不承認の理由	
--------	--

(注 1) 介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修の内容に変更が生じた場合は、速やかにこの決定通知書を返還するとともに、あらためて変更された内容で住宅改修が必要な理由書を再提出して下さい。

(注 2) この通知の内容が「承認」となっても、住宅改修費の支給を決定したものではありませんのでご注意ください。住宅改修費の支給については、工事完了後に領収書等の書類と本事前承認通知書を添付の上、支給申請書の提出が必要となります。

問い合わせ先
寒川町 課 〒 TEL

(改正案)

第 22 号様式 (第 17 条関係)

年 月 日

様

寒川町長 印

介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修費支給事前承認 (不承認) 決定通知書

月 日付け提出のありました介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修費支給事前承認 (不承認) 申請については、下記のとおり事前承認 (不承認) しましたので通知します。

被保険者情報

被保険者番号	生年月日	年 月 日
被保険者氏名		

1 承認

改修内容	
介護保険の対象となる改修金額 _____	
承認日 (着工可能日)	年 月 日

2 不承認

不承認の理由	
--------	--

(注 1) 介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修の内容に変更が生じた場合は、速やかにこの決定通知書を返還するとともに、あらためて変更された内容で住宅改修が必要な理由書を再提出して下さい。

(注 2) この通知の内容が「承認」となっても、住宅改修費の支給を決定したものではありませんのでご注意ください。住宅改修費の支給については、工事完了後に領収書等の書類と本事前承認通知書を添付の上、支給申請書の提出が必要となります。

問い合わせ先
寒川町 課 〒 TEL

(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		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 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、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。								決裁	課長	副主幹等	課員										
支給決定額																					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円																					
算出の内訳																					
<u>保険支給額</u> 円 <u>本人負担額</u> 円								<u>支給限度額</u> 円(A) <u>支給済額</u> 円(B) <u>支給限度額残額</u> 円(C) <u>当該介護保険対象改修額</u> 円(D) <u>上記の割(万円以内)</u> 円(E) <u>支給額() ≤ () = ()</u> 円													

(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		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	_____																	
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 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、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。								決裁	課長	副主幹等	課員										
支給決定額																					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円																					
算出の内訳																					
<u>保険支給額</u> 円 <u>本人負担額</u> 円								<u>支給限度額</u> 円(A) <u>支給済額</u> 円(B) <u>支給限度額残額</u> 円(C) <u>当該介護保険対象改修額</u> 円(D) <u>上記の割(万円以内)</u> 円(E) <u>支給額() ≤ () = ()</u> 円													

(現行)

第30号様式(第20条関係)

年 月 日

寒川町長 印

介護保険負担限度額認定決定通知書

年 月 日付で申請のありました、食費・居住費に係る負担限度額認定については、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	年 月 日
決定事項	
1	適用年月日 年 月 日 (承認内容) 有効期限 年 月 日 食費 円/日 居住費 ユニット型個室 円/日 ユニット型準個室 円/日 従来型個室(特養等) 円/日 従来型個室(老健・療養等) 円/日 多床室 円/日
2	

問い合わせ先

寒川町 課 〒 TEL

(審査請求)

- 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3月以内に、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30号様式(第20条関係)

年 月 日

寒川町長 印

介護保険負担限度額認定決定通知書

年 月 日付で申請のありました、食費・居住費に係る負担限度額認定については、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	年 月 日
決定事項	
1	適用年月日 年 月 日 (承認内容) 有効期限 年 月 日 食費 円/日 居住費 ユニット型個室 円/日 ユニット型個室の多床室 円/日 従来型個室(特養等) 円/日 従来型個室(老健・療養等) 円/日 多床室 円/日
2	

問い合わせ先

寒川町 課 〒 TEL

(審査請求)

- 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3月以内に、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

(現行)

第31号様式(第20条関係)

介護保険負担限度額認定証
(表)

介護保険負担限度額認定証					
交付年月日 年 月 日					
被 保 険 者	番 号				
	住 所				
	フリガナ	-----			
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日	性別		
	適用年月日	年 月 日から			
	有効期限				
食費の負担限度額	円				
居住費又は滞在費 の負担限度額	ユニット型個室	円			
	ユニット型準個室	円			
	従来型個室(特養等)	円			
	従来型個室(老健・療養等)	円			
多床室	円				
保険者番号並びに 保険者の名称及び 印					
	寒 川 町 印				

(改正案)

第31号様式(第20条関係)

介護保険負担限度額認定証
(表)

介護保険負担限度額認定証					
交付年月日 年 月 日					
被 保 険 者	番 号				
	住 所				
	フリガナ	-----			
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日	性別		
	適用年月日	年 月 日から			
	有効期限				
食費の負担限度額	円				
居住費又は滞在費 の負担限度額	ユニット型個室	円			
	ユニット型個室的多床室	円			
	従来型個室(特養等)	円			
	従来型個室(老健・療養等)	円			
多床室	円				
保険者番号並びに 保険者の名称及び 印					
	寒 川 町 印				

(改正案)

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護）
この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 五 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。

(裏)

(現行)

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス及び短期入所生活介護（平成十八年四月一日からは、これらに地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び介護予防短期入所生活介護を加える。この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、指定介護療養施設サービス及び短期入所療養介護（同日からは、これらに介護予防短期入所療養介護を加える。この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 五 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。

(裏)

(現行)

(改正案)

第32号様式(第21条関係)

第32号様式(第21条関係)

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)

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											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										
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒										電話番号										
入所する居室の種類	1 ユニット型個室					3 従来型個室					2 <u>ユニット型準個室</u>					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 電話番号 氏名 ㊟																					

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										
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒										電話番号										
入所する居室の種類	1 ユニット型個室					3 従来型個室					2 <u>ユニット型個室的多床室</u>					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 電話番号 氏名 ㊟																					

町記入欄

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)									

交付年月日	備 考									
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)									

(現行)

第33号様式(第21条関係)

年 月 日

寒川町長 印

介護保険特定負担限度額認定決定通知書

年 月 日付で申請のありました、食費・居住費に係る特定負担限度額認定については、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	年	月	日
決定事項			
1 承認する	適用年月日	年	月 日 (承認内容)
	有効期限	年	月 日 食費 円/日
	居住費	ユニット型個室	円/日
		ユニット型準個室	円/日
		従来型個室(特養等)	円/日
従来型個室(老健・療養等)		円/日	
多床室	円/日		
2 承認しない			

問い合わせ先

寒川町 課 〒 TEL

(審査請求)

- 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3月以内に、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33号様式(第21条関係)

年 月 日

寒川町長 印

介護保険特定負担限度額認定決定通知書

年 月 日付で申請のありました、食費・居住費に係る特定負担限度額認定については、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	年	月	日
決定事項			
1 承認する	適用年月日	年	月 日 (承認内容)
	有効期限	年	月 日 食費 円/日
	居住費	ユニット型個室	円/日
		ユニット型個室の多床室	円/日
		従来型個室(特養等)	円/日
従来型個室(老健・療養等)		円/日	
多床室	円/日		
2 承認しない			

問い合わせ先

寒川町 課 〒 TEL

(審査請求)

- 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3月以内に、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

(現行)

第34号様式(第21条関係)

介護保険特定負担限度額認定証

(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証)

(表)

介護保険特定負担限度額認定証 (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証)						
交付年月日 年 月 日						
被 保 険 者	番 号					
	住 所					
	フリガナ	-----				
	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日	性別	
	適用年月日	年 月 日から				
	有効期限	年 月 日まで				
食費の特定負担限度額	円					
居住費の特定負担限度額	ユニット型個室	円				
	ユニット型準個室	円				
	従来型個室	円				
	多床室	円				
保険者番号並びに保険者の名称及び印						
	寒 川 町 印					

(改正案)

第34号様式(第21条関係)

介護保険特定負担限度額認定証

(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証)

(表)

介護保険特定負担限度額認定証 (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証)						
交付年月日 年 月 日						
被 保 険 者	番 号					
	住 所					
	フリガナ	-----				
	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日	性別	
	適用年月日	年 月 日から				
	有効期限	年 月 日まで				
食費の特定負担限度額	円					
居住費の特定負担限度額	ユニット型個室	円				
	ユニット型個室的多床室	円				
	従来型個室	円				
	多床室	円				
保険者番号並びに保険者の名称及び印						
	寒 川 町 印					

(改正案)

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護老人福祉施設の窓口へ提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至ったとき又は特別養護老人ホームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 五 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。

(裏)

(現行)

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス
を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護老人福祉施設の窓口へ提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至ったとき又は指定介護老人福祉施設を退所したとき（引き続き、他の指定介護老人福祉施設に入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 五 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。

(裏)