

寒川町介護保険法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年10月3日

寒川町長 木 村 俊 雄

寒川町規則第24号

寒川町介護保険法施行細則の一部を改正する規則

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

第5号様式及び第6号様式中「・指定介護療養型医療施設」を削る。

第7号様式を次のように改める。

(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					
居宅サービス等		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又は介護予防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			入所等年月日	
	名称			退所等年月日	
	種類			入所等年月日	
	名称			退所等年月日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印					
		寒川町			

裏面の注意事項を確認してください。

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ寒川町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 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下、「居宅介護サービス等」という。）については、あらかじめ居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼し、その旨を寒川町に届け出るか、自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、寒川町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、寒川町からの事後払い(償還払い)になります。
- 4 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 5 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及び介護予防支援サービスは、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。
- 6 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載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 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を寒川町に返してください。
- 8 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、寒川町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、この証を使用することはできませんので、速やかに、寒川町に提出して、検認又は更新を受けてください。
- 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 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を寒川町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(介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が3割である場合は4割)とする措置(給付額減額等)等を受ける場合があります。

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		被保険者番号																
被保険者氏名		個人番号																
		生 年 月 日		年 月 日														
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		個人番号														
	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		☐ ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																
		☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																
		☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。																
		☐ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。																
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添		☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。 ※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③～⑤の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。																
		預 貯 金 額	円		有価証券 (評価概算 額)	円		その他 (現金・負債 を含む)	(※)		円							

※内容を記入して下さい

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

第31号様式中

「

生 年 月 日	年 月 日	性別	
---------	-------	----	--

」を

「

生 年 月 日	年 月 日
---------	-------

」に、「療養等」を「医療院

等」に改める。

第31号の2様式中

「
年 月 日
＜本人＞
住所
氏名
印
＜配偶者＞
住所
氏名
印
」を

「
年 月 日
＜本人＞
住所
氏名
＜配偶者＞
住所
氏名
」に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の第7号様式による介護保険資格者証及び第31号様式による介護保険負担限度額認定証は、改正後の様式に代えて、当分の間使用することができる。

(残存用紙の使用)

- 3 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、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。