

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8年3月31日

寒川町長 木 村 俊 雄

寒川町規則第14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号様式を次のように改める。

第5号様式（第6条関係）

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

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	介護保険 被保険者番号											個人番号										
	医療保険 被保険者 記号・番号											保険者番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏 名											性 別										
	住 所	〒										電話番号										
	前 回 の 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																		
		*14日以内に 他自治体から 転入した 者のみ記入		有効期間 年 月 日から 年 月 日																		
			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「いいえ」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 へ の 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・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																				

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、寒川町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、寒川町から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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

第6号様式（第6条関係）

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

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

										申請年月日		年 月 日		
介護保険被保険者番号										個人番号				
被 保 険 者	医療 保 険	保 険 者 名								保険者番号				
		被保険者記号・番号								記 号		番 号		枝 番
	フリガナ								生年月日		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			
	変更申請の理由								有効期間		年 月 日から 年 月 日			
	過去6月間の介護保険施設等・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・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

特 定 疾 病 名												
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、寒川町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、寒川町から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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

附 則

この規則は、令和8年4月1日から施行する。