

寒川町介護保険法施行細則新旧対照表

現 行	改 正 案
～ 略 ～ 第1号様式～第4号様式 （略） 第5号様式（第6条関係） （別紙のとおり） 第6号様式（第6条関係） （別紙のとおり） <u>第7号様式（第6条関係）</u> <u>（別紙のとおり）</u> 第8号様式～第28号様式 （略） <u>第29号様式（第20条関係）</u> <u>（別紙のとおり）</u> 第30号様式 （略） 第31号様式（第20条関係） （別紙のとおり） 第31号の2様式（第20条関係） （別紙のとおり） ～ 略 ～	～ 略 ～ 第1号様式～第4号様式 （略） 第5号様式（第6条関係） （別紙のとおり） 第6号様式（第6条関係） （別紙のとおり） <u>第7号様式（第6条関係）</u> <u>（別紙のとおり）</u> 第8号様式～第28号様式 （略） <u>第29号様式（第20条関係）</u> <u>（別紙のとおり）</u> 第30号様式 （略） 第31号様式（第20条関係） （別紙のとおり） 第31号の2様式（第20条関係） （別紙のとおり） ～ 略 ～ <u>附 則</u> <u>（施行期日）</u> 1 <u>この規則は、公布の日から施行する。</u> <u>（経過措置）</u> 2 <u>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。</u> <u>（残存用紙の使用）</u> 3 <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、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。</u>

第5号様式(第6条関係)

(現行)

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 保 険 者	介護保険被保険者番号												申請年月日	年			月	日
	個 人 番 号																	
	医 療 保 険	保 険 者 名											保 険 者 番 号					
		被 保 険 者 証	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 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														
				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 の 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					
	有 ・ 無		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・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、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5号様式(第6条関係)

(改正案)

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 保 険 者	介護保険被保険者番号												申請年月日	年			月	日
	個 人 番 号																	
	医 療 保 険	保 険 者 名											保 険 者 番 号					
		被 保 険 者 証	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 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														
				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 の 入 所 有 無		＊14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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														
				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														
	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								
有 ・ 無		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・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、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6号様式(第6条関係)

(宛先)寒川町長

被 保 険 者	介護保険被保険者番号											申請年月日	年			月	日					
	保 険 者 名											個 人 番 号										
	医 療 保 険	保 険 者 名										保険者番号										
		被 保 険 者 証	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									
			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 等 ・ 医 療 保 険 機 関 等 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										

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号		

特定疾病名	
-------	--

本人氏名

第6号様式(第6条関係)

(宛先)寒川町長

被 保 険 者	介護保険被保険者番号									申請年月日	年 月 日									
	保 険 者 名									個人番号										
	被 保 険 者 証	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 等 認 定 の 結 果	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																			
者	過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 入 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								
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地								期間		年 月 日～ 年 月 日								

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

特定疾病名	
-------	--

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	
				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					
		寒川町 			

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	
				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。

(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に提出してください。
- 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に提出してください。
- 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(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。

(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に提出してください。
- 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又は介護予防支援事業者に介護サービス計画又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又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。

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										
被保険者氏名											被保険者番号										
											個人番号										
生 年 月 日	年 月 日										性 別										
住 所	連絡先																				
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	連絡先																				
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	連絡先																			
	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									

※内容を記入してください

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。

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。

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)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

(裏)

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。

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

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・医療院等)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

(裏)

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・医療院等」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。

(現行)

(改正案)

第31号の2様式(第20条関係)

第31号の2様式(第20条関係)

同 意 書

同 意 書

(あて先)寒川町長

(あて先)寒川町長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

年 月 日

<本人>

<本人>

住所

住所

氏名

印

氏名

<配偶者>

<配偶者>

住所

住所

氏名

印

氏名