現行

~ 略 ~

(<u>高額介護合算療養費等</u>の支給申請)

- 第19条 省令第83条の4の4第1項(省令第 97条の2の2において準用する場合を含 む。)に規定する申請書は、<u>高額介護合</u> 算療養費等支給申請書兼自己負担額証 明書交付申請書 (第26号様 式)とする。
- 2 (略)
- 3 町長は、第1項の申請書が提出された ときは、内容を審査してその適否を決 定し、その結果を<u>高額介護合算療養費</u> 等支給(不支給)決定通知書

(第28号様式)により当該申請者に通知するものとする。

~ 略 ~

第3号様式(第4条関係)

(別紙のとおり)

第4号様式(第4条関係)

(別紙のとおり)

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)

第7号様式~第14号様式 (略)

第15号様式(第12条関係)

(別紙のとおり)

第16号様式~第25号様式 (略)

第26号様式(第19条関係)

(別紙のとおり)

第27号様式 (略)

第28号様式(第19条関係)

(別紙のとおり)

~ 略 ~

改正案

~ 略 ~

(高額医療合算介護サービス費等の支給申請)

- 第19条 省令第83条の4の4第1項(省令第 97条の2の2において準用する場合を含む。)に規定する申請書は、<u>高額医療合</u> 算介護(予防)サービス費支給申請書兼 自己負担額証明書交付申請書(第26号様 式)とする。
- 2 (略)
- 3 町長は、第1項の申請書が提出された ときは、内容を審査してその適否を決 定し、その結果を<u>高額医療合算介護(予</u> 防)サービス費支給(不支給)決定通知書 (第28号様式)により当該申請者に通知 するものとする。

~ 略 ~

第3号様式(第4条関係)

(別紙のとおり)

第4号様式(第4条関係)

(別紙のとおり)

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)

第7号様式~第14号様式 (略)

第15号様式(第12条関係)

(別紙のとおり)

第16号様式~第25号様式 (略)

第26号様式(第19条関係)

(別紙のとおり)

第27号様式 (略)

第28号様式(第19条関係)

(別紙のとおり)

~ 略 ~

附則

(施行期日)

1 <u>この規則は、公布の日から施行する。</u> (残存用紙の使用)

2 この規則の施行前に、この規則による 改正前の寒川町介護保険法施行細則の 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。 (現行)

| 第3 | 号様式 | (第12 | と即(区) | |
|----|-----|------|-------|--|
| | | | | |

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

| | | 申 | 請 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|----|----|----|----|----------|---|---|---|
| 申請者氏名 | | 被任 | 呆険 | 者と | のほ | []係 | | | |
| 申請者住所 | ₸ | | | 電記 | 香香 | <u>1</u> | | | |

*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 | フリガナ | | 個人番号 | | | | |
|----|--------|---|----------|----|---|---|---|
| 保険 | 被保険者氏名 | | 生年月日 性 別 | | 年 | 月 | 日 |
| 者 | 住 所 | Ŧ | 電話者 | 番号 | | | |

| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証記号番号 | |
|--------|---------------|--|
|--------|---------------|--|

*2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の被保険者証交付申請者用

(改正案)

第3号様式(第4条関係)

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

| | | 申 | 請 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 申請者氏名 | | 被任 | 呆険 | 者と | の関 | 目係 | | | |
| 申請者住所 | Ŧ | | | 電記 | 番号 | Ļ | | | |

*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 | フリガナ | | 個人番号 | | | |
|----|--------|---|----------|---|---|---|
| 保険 | 被保険者氏名 | | 生年月日 性 別 | 年 | 月 | 田 |
| 者 | 住 所 | Ŧ | 電話番 | 号 | | |

| 医療保険者名 | 医療保険被保険者記号番号 | |
|--------|--------------|---|
| | | 1 |

^{*2}号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の被保険者証交付申請者用

| 第4号様式 | (第4条 | の2関係 |
|-------|------|------|
| | | |

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

| | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|--------|---|---|---|
| 申請者氏名 | 本人との関係 | | | |
| 申請者住所 | 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 | 被保険 | 者番号 | | | | | | 個人 | 、番号 | | | | | | |
|-----|-----|------|---|--|---|--|--|----|-----|----|----|---|---|---|---|
| | フリ | ガナ | | | • | | | | | | | | | | |
| 保 | 氏 | 名 | | | | | | | 生年 | 月日 | | | 年 | 月 | 日 |
| 険 | | - 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | Δ. | | ₹ | | | | | | | | | | | | |
| 者 | 住 | 所 | | | | | | | | 電話 | 番号 | Ļ | | | |

| 再交付する 証 明 書 | 被保険者証 資格者証 負担割合証 負担限度額認定証 その他() | |
|-------------|--|---|
| 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 | |
|--------|-------------------|--|

第4号様式(第4条の2関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

| | | 申請年月日年月 | 日 |
|-------|---|---------|---|
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | ₸ | 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 | 被保険 | 含番号 | | | | | 個人 | 番号 | | | | | | |
|---|-----|-----|---|--|--|--|----|----|----|----|---|---|---|---|
| | フリ | ガナ | | | | | | | | | | | | |
| 保 | 氏 | 名 | | | | | | 生年 | 月日 | | | 年 | 月 | 日 |
| 険 | | | = | | | | | | | | | | | |
| 者 | 住 | 所 | ' | | | | | | 電話 | 番号 | 큵 | | | |

| 再交付する 証 明 書 | 1 2 3 4 5 | 被保険者証 資格者証 負担割合証 負担限度額認定証 その他() |
|----------------|-----------------------|--|
| 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 記号番号 | |
|-----|------|------------------|--|

(現行)

申請年月日

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

年

月

日

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

介護保険被保険者番号

| | 個 | | 人 | 番 | į. | 号 | | İ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--------|----|----------|----------|--------|-------------|--|-------------------------|---------------|----|----------|-----|-----|----------|---------------|-----|-----|------------|-----|----------|-----|------|----|----|----|
| | 医療 | 保 | 陊 | È | 者 | 名 | • | • | | | • | | • | | • | 保 | 険 | 者者 | ≨ 号 | | | | | | |
| | 保険 | 被 | 保 | 険 | 者 | 証 | 記 | | 号 | | | | | 番 | | 号 | | | | 枝 | | 番 | | | |
| | フ | 1 | IJ | ナ | j | ナ | | | | | | | | | | | 1 | 生年 | 月日 | ļ. | 年 | 月 | 日 | (|)歳 |
| | 氏 | | | | | 名 | | | | | | | | | | | | 性 | 別 | | | | | | |
| 被 | 住 | | | | | 所 | ₹ | | | | | | | | | | | 電話 | 番号 | | | | | | |
| 保 | | | | | | | 支 | 要介記 | 新認 | 定 | 要 | 介證 | 隻状的 | 態区 | 分 | 1 2 | | 3 4 | 5 | 要支 | 泛援状 | 態区 | 公分 | 1 | 2 |
| | 24 | | <i>a</i> | - | ^ | <i>⇒#</i> : | の: | 場合の | のみ | 記 | 有. | 一効其 | 朋間 | | 年 | | 月 | | 日から | | 年 | | 月 | | 日 |
| 険 | 前認 | 回定 | のの | 要結 | 介果 | 護等 | 他転 | 14日 自治(入し) 記入 | 体か | Ġ | 玛 | 在、 | 転記認 | 出元 定結 | 自治 果通) | 知を | 要受は | 介護・ け取。 | つてい | る場 いえ | 合は | Γινί | ハえ | 」を | 選択 |
| 者 | | | | | | | | | 「はい」の場合、甲請日 年 | | | | | | | | | 月 | 月 | | | | | | |
| | 過介 | 去護 | 6 保 | 月 険 | 間施 | の設 | <i>آ</i> اُرُ | 進保 | り名称等・所在地 | | | | | | 1 | 期間 | 年 | 月 | 日~ | - 左 | F | 月 | 日 | | |
| | · 入 | 医院 | | 機 入 | 関 所 | 等の | 介 | 護保隆 | 倹施 | 没の |)名称等・所在地 | | | | | | 1 | 期間 | 年 | 月 | 日~ | - 生 | F | 月 | 日 |
| | 有 | 無 | | | | | 医 | 療機 | 関等の | の名 | 育 | 等• | 所存 | E地 | | | 1 | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 左 | F | 月 | 日 |
| | | 1 | Ī | • 4 | 無 | | 医 | 寮機 | 関等の | の名 | 訴 | 等• | 所在 | E地 | | | ļ | 朝間 | 年 | 月 | 日~ | 左 | F | 月 | 日 |
| 提出代行 | 名 | ı | 称 | 保任 | | | 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 介護医療院) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 者 | 住 | Ē | 所 | ₹ | | | | | | | | | | | | | | 電 | 話番号 | <u>.</u> | | | | | |
| | 主治医の氏 | | | | | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | | 医療 | 機関 | 名 | | | | | |
| 主 | ì | 冶 | 医 | 所 | 右 | Ē | 地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

電話番号

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。

| | 介訂 | 集保険 | 被 | 保険 | 者者 | 番号 | | | | | | | | | | 盽 | 請 | 年月 | 日 | | | 年 | | 月 | | 日 |
|-----|--------|----------------|--------|--------|--------|-----|---------|-----------------------------|-----------|-----|---|---|----|--------------|----|----|---|----|------------------|------------|------|-----|-----|-----|----------------|----|
| | 個 | 人 | | 番 | ř | 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療 | 保 | 険 | į | 者 | 名 | | | | | | | | | | | | 保 | 険 | 者 | 番 号 | | | | | |
| | 保険 | 被保 | 険 | 者記 | 号•番 | €号 | 記 | | | 号 | | | | | 17 | 番 | | F | <u>1</u> . | | | 枝 | ŧ | \$ | | |
| | フ | IJ | | ス | Ĵ | ナ | | | | | | | | | | | | | | 生年 | 月日 | | 年月 | 1 | ∃ (|)歳 |
| 被 | 氏 | | | | | 名 | | | | | | | | | | | | | | 性 | 別 | | | | | |
| 192 | 住 | | | | | 所 | = | | | | | | | | | | | | | 電話 | 話番号 | | | | | |
| 保 | | | | | | | 支 | 援り | 更新 | · 题 | É | 要分 | 介護 | 隻状 | 態 | 区: | 分 | 1 | 2 | 3 4 | 5 | 要支 | 援状態 | 悠区分 |) 1 | 2 |
| | 前 | □ | の | 要 | 介 | 護 | の入 | ~ | 全の | み言 | 2 | 有多 | 効其 | 期間 | | | 年 | | 月 | | 日から |) | 年 | 月 | | 日 |
| 険 | 別認 | | の | 安結 | 果 | 等 | 他転 | :14日以内に 1自治体から 三入した者の | | | | 転出元自治体(市町村現在、転出元自治体に (既に認定結果通知を してください) | | | | | | i体 | に を を 受 | 至介護 とけ取 | | る場合 | | | | - |
| 者 | | | | | | | み | 記ノ | | | | | | – | Ĭ | | Г | はい | ١] . | の場合 | ì, F | 請日 | 左 | E. | 月 | 日 |
| П | 過 介 | - | 6 保 | 月 険 | 間 施 | の設 | 介 | 介護保険施設の | | | | 名利 | 尔等 | ≨ • <u>F</u> | 沂 | 在均 | 也 | | | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 |
| | · 入 | 院 | 療 フ | 機 | 関 所 | 等の | 介 | 介護保険施設の | | | |)名称等・所在地 | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 | | |
| | 有 | 無 | | | | | 医 | 医療機関等の名称 | | | | 称领 | 争• | 所 | 王: | 地 | | | | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 |
| | | 有・無 医療機関等の | | | |)名: | 3称等・所在地 | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | B | | | | | |

| 提出代行者 | 名 | 称 | 該当に〇(地域/ 保健施設・介護 | 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 医療院) | | | | | | | | |
|-------|---|---|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 者 | 住 | 所 | ₸ | 電話番号 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | 主治医の氏名 | 医療機関名 | | | | | | | | |
| 主 | 治 | 医 | 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)

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。

| | | | | | | | | | | 申討 | 青年月日 | 1 | | 左 | F | 月 | | 日 |
|-----|--------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|-------------|-----|----|------|---|-----|-------------|-----|------|-------------|------|------|------|-----|
| | 介記 | 護保険被保険 | 者番号 | | | | | | | 個 | 人番号 | ļ- | | | | | | |
| | 医療 | 保 険 者 | 名 名 | | | • | | | • | 保隆 | 食者番号 | ļ- | | | | | | |
| | 保険 | 被保険 | 者 証 | 記 | 号 | | | | | 番 | 号 | | | 枝 | 番 | | - | |
| | フ | リ ガ | ナ | | | | | | | | | 生 | 年月日 | | 年 月 |] [| ∃ (|)歳 |
| 被 | 氏 | | 名 | | | | | | | | | 性 | 別 | | | | | |
| | 住 | | 所 | ₹ | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 保 | 前 | 回要が | | 要介記 | 隻状態 | 区分 | 1 | 2 | 3 | 4 5 | 5 | | 要才 | え 援状 | 能区分 | 1 | 2 | |
| | 認 定 の 結 果 等 有効期間 年 月 日から 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 険 | 変 | 更 申 請 理 由 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 者 | 過介 | | 間 の 設 | 介護係 | R 険施 | 設の | 名称 | ·等• | 所 | 在地 | | 期間 | 手 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 |
| | 入 | 院入房 | 関等の | 介護係 | R 険施 | 設の | 名称 | ·等• | 所 | 在地 | | 期間 | 手 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 有 • 無 | | 医療机 | 幾関等 | の名 | 称等 | ・所 | 在 | 地 | | 期間 | 手 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | | | | | | • | | | | | | |
| 提出代 | 名 | | に○(地 施設・⁄ | | | マンク | ター | • 居· | 宅 | 介護才 | 支援事業 | ぎ者・ | 指定介記 | 隻老 / | 人福祉加 | 施設 • | · 介護 | 養老人 |

| 提出代 | 名 | 称 | 該当に〇(地域) 保健施設・介護 | 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 医療院) |
|-----|---|---|---------------------|--|
| 行者 | 住 | 所 | ₸ | 電話番号 |
| | | | | |
| | | | 主治医の氏名 | 医療機関名 |
| 主 | 治 | 医 | 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

(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

(宛先)寒川町長

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | 申 | 請年月 | 日 | | | 年 | Ē | 月 | | 日 |
|--------|--|--|------|--------|-------|-----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|------------|-----|-----|----|----|
| | 介訂 | | 保険者都 | 番号 | | | | | | | | 個 | 人番 | 号 | | | | | | | |
| | 医療 | 保 隊 | き 者 | 名 | | | | | | | | 保 | 険者番 | 号 | | | | | | | |
| | 保険 | 被保険 | 者記号・ | 番号 | Tills | 2 | 号 | | | | | 番 | 号 | | | | 枝 | 番 | | | |
| | フ | IJ | ガ | ナ | | | | | | | | | | | 生年 | 月日 | | 年 | 1 | ∃(|)歳 |
| 被 | 氏 | | | 名 | | | | | | | | | | | 性 | 別 | | | | | |
| | 住 | | | 所 | ₹ | | | | | | | | | | 電話 | 番号 | | | | | |
| 保 | 前 | | 要 介 | 護 | 要 | 介護 | 状態 | 区分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 要支 | 援状 | 態区分 | 7 1 | 2 | |
| | 認 | 定の | 結 果 | 等 | 有 | 効期 | 間 | | | 年 | | 月 | 日カ | ъĠ | | 年 | 月 | 日 | | | |
| 険 | 変更申請の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 者 | 過介 | 去 6 | の設 | 介 | 護保 | :険施 | 設の | 名称 | 等 | 所 | 在地 | 1 | | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 | |
| | · 入 | | 機 関 | 等 の | 介 | 護保 | :険施 | 設の | 名称 | 等, | 所 | 在地 | 1 | | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 |
| | 有 | 無 | | | 医 | 療機 | 関等 | の名 | 称等 | • 月 | 斤在 | 地 | | | 期間 | 年 | 月 | ∃~ | 年 | 月 | B |
| | | 有 | • 無 | | 医 | 療機 | 関等 | の名 | 称等 | • 月 | 斤在 | 地 | | | 期間 | 年 | 月 | 日~ | 年 | 月 | 日 |
| 提出代行者 | 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 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行 者 | 住 | 所 | ₹ | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 主治医 | の氏 | 名 | | | | | | | | | | 医 | 療機 | 関名 | | | | |
| 主 | 1 | 台 医 | 所名 | Ē | 地 | Ŧ | | | | | | | | | 電 | 話番号 | <u>1</u> . | | | | |

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。

介護保険サービス種類指定変更申請書

(宛先)寒川町長 次のとおり申請します。

| | 申請年月日 | | 年 | 月 | 日 |
|-------|--------|--------------|---|---|---|
| 申請者氏名 | 本人との関係 | | | | |
| 申請者住所 | 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

| /•\ I F | 413 11 / | . 10-41 | 14124 | | | | | | | 114// | | | | 5 (54) | | | • | | | | | | | | |
|---------|--|---------|-------------|-----|---|---|-----|----|----|-------|---|---|---|--------|--------------|---|----|----|----|-----------|----|---|----|---|---|
| 被 | 介被任 | 護 呆険 | 保 者番 | 険号 | | | | | | | | | | 個人 | 番号 | | | | | | | | | | |
| | 医療 | 保日 | 険 者 | 名 | | | | | | | | | | 保険者 | 番号 | | | | | | | | | | |
| 保 | 保険 | 被仍 | R 険者 | 証 | Ī | 2 | 号 | | | | | | 番 | 5 | - | | | | | 枝 | : | 番 | i. | | |
| | フ | IJ | ガ | | | | | | | | | | | 生年 | 月日 | | | | | | | 年 | | 月 | 日 |
| | 氏 | | | 名 | | | | | | | | | | 性 | 別 | | | | | | | | | | |
| 険 | 住 | | | 所 | Ŧ | : | | | | | | | | | | | 電記 | 活番 | :号 | | | | | | |
| | _ | | ナてい 要支 | | 要 | 介 | 護状態 | 包記 | 公分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 要 | 更支 | 援 | 犬態 | 区: | 分 | 1 | 2 | |
| 者 | | 世の内 | | -1久 | 有 | 効 | 期間 | | | 年 | i | 月 | | 日 | カル | ò | | | 年 | i. | F, |] | F | 1 | |
| とする 又はま | 新たに指定を受けようとするサービスの種類 又は現に受けている サービスの種類記載の 消除を求める旨 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 種類指定変更理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | 主治 | 医の | 氏名 | | 医療機関名 | |
|---|---|---|----|----|----|---|-------|--|
| 主 | 治 | 医 | 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

|--|

(改正案)

第15号様式(第12条関係)

介護保険サービス種類指定変更申請書

(宛先)寒川町長 次のとおり申請します。

| | | 申請年月日 | | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|--------|-------------|---|---|---|
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | | | | |
| 申請者住所 | Ŧ | 電話番号 | | | | |

| ※申詞 | 請者 | が被保 | 険者本 | 人 | か場 | i合、 | 甲詞 | 清者 | 住別 | Τ• | 電話 | 播 | 号は | 記載不 | 要 | | | | | | | | |
|-------------------|---|-----------------|------------------|-----|----|-----|----------|----|----|----|----|---|-----|----------|---|----|----|-----|----|---|---|---|---|
| 被 | 介被任 | | 保 険 針番号 | | | | | | | | | | 個人 | 番号 | | | | | | | | | |
| | 医療 | 保険 | 食者 名 | | | | | | | | | | 保険者 | 番号 | | | | | | | | | |
| 保 | 保険 | <u>被保</u> 記号 | <u>険者</u> ・番号 | | 記 | 5 | <u>-</u> | | | | | 番 | + | <u>=</u> | | | | 枝 | ź | 番 | | | |
| | フ | IJ | ガナ | | | | | | | | | - | 生年 | 月日 | | | | | 年 | | F | 1 | 日 |
| | 氏 | | 名 | | | | | | | | | | 性 | 別 | | | | | | | | | |
| 険 | 住 | | 所 | : 7 | Ē | | | | | | | | | | 電 | 話番 | :号 | | | | | | |
| | | | ている 要支援 | | 更介 | 護状 | 態 | 区分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 要支 | 援壮 | 犬態[| 区分 | 1 | 2 | | |
| 者 | | 世の内 | | | 有効 | 期間 | | | 年 | : | 月 | | 日 | から | 1 | | 年 | | 月 | | 日 | | |
| とする 又はま サービ | fたに指定を受けよう するサービスの種類 は現に受けている 一ビスの種類記載の ほ除を求める旨 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 類指定変更理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | 主治 | | 毛名 | | 医療機関名 | |
|---|---|---|----|---|----|---|-------|--|
| 主 | 治 | 医 | 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

| | 10 4 1 1 1 | | · | 21 21 20 1 E |
|----|------------|---|---|--|
| 特分 | 定 疾 | 病 | 名 | |

第26号様式(第19条関係) (現行)

高額医療合算介護(予防)サービス費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

| 申請対象領 | 平度 | | 年度 | 申請区分 | 1 | 新規 | 2 変更 | 3 | 取下げ | は下げ (保険者等記入機 | | | | 請書整 | 理番号 | | | | | | |
|-------|-----------|-------|--------------|--------|--------|--------------|--------|----|------------|-------------------------------|-------|---------|--------|---------|--------------|-----|----|------------------|------|------|------|
| | | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | _ | | | | |
| フリガナ | | | | | | | 生年月日 | | | 年 | 月 | 日生 | 1 | 固人番号 | - | | l | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | 生平月日 | | | | Я | 日生 | 計算期間 | の始期 | 及び終 | 期 | | 年 | 月 ~ | - | 年 月 |
| | | | | | | | | | 国民健康 | 泰保険資格情報 | | | | | | | | | | | |
| 保 | 険者 | 番号 | 被 | 保険者証記号 | ž | | 被保険者証 | 番号 | Ł | 続柄 | | 保険者 | 名称 | | | | | 加入期 | 間 | | |
| | | | | | | | | | | 1 世 帯 主 2 擬制世帯主 3 世 帯 員 | | | | | 年 | 月 | | 目から | 年 | 月 | 日まで |
| | | | | | | | | | 後期高齢 | 者医療資格情報 | | | | | | | | | | | |
| 保 | 険者 | 番号 | | | 被係 | 以 険者番 | 导 | | | (5 | 験者名 | 称 | | | | | | 加入期 | 罰 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 年 | : 月 | H | から | 年 | 月 | 日まで |
| | | | | | | | | | 介護(| 呆険資格情報 | | | | | | | _ | | | | |
| /P | IIA -b4 | 番号 | | | 3d+ IS | 以 除者都 | L D. | | 71 i(x) | | 険者名 | 4hr | | | | | | 加入期 | 99 | | |
| 1/4 | 灰石 | 留方 | | | 投び | KI灰石 往 | 377 | | | 14 | (灰石石) | 小 | | | | | | 加八朔 | RIJ. | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日7 | から | 年 | 月 | 日まで |
| 支給方法 | ā | 口座管理 | | 銀 | | | 機関コード | | * | 店舗コード | 種目 | | 口座番 | 뮷 | フリ | ガナ | T | | | 振 | 込先口座 |
| 1 窓口払 | 10 | | 振込口座 | | 用金庫 | | | | 本支 | 店 | 普通 | | | | | | П | | | 管 | 理番号 |
| 2 口座振 | | 1 | 記入欄 | 農 (| 協 |) | | | (| (7) | | | | | 口座: | 名義力 | (| | | | |
| 口 公金 | x07, 105- | 口座を利用 | 1 -J | * | (給付金 | 等の受 | 取口座として | 、王 | に事前登 | 録した公金受取口座と | を利用す | る場合に | ま、「口公会 | 2受取口 | 座を利 | 月 し | ます | 。」に ⁴ | チェッ | 7 (1 | してくだ |
| □ 公金 | マ収 | 口座を利用 | しより。 | á | W. | (利用す | る場合は口座 | 情報 | その記入不 | 要) | | | | | | | | | | | |
| | | 係 | R 険者名 | | | | 加入期間 | | | 添付の自己負担 | 額証明書 | <u></u> | · 무 | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | 年 月 | | 日から | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 年 月 | | 日まで | | | | /#: - | tr. 400 | | | | | | | |
| 保険者 | 2 | | | | | | 年 月 | | 日から | | | | 備 | 与作的 | | | | | | | |
| 加入歷 | - | | | | | | 年 月 | | 日まで | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | 年 月年 | | 日から 日まで | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | |

| (宛 先) 寒川町長 | 年 月 日 | |
|---|---------|--|
| ① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。 | 郵便番号 住所 | |
| ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 | 申請代表者 | |
| ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 | 氏名 | |
| 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 | 電話番号 | |

|枚 中| |枚 目

第26号様式(第19条関係)

高額医療合算介護(予防)サービス費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(改正案)

| 申請 | 対象年 | E度 | | 年度 | 申請区分 | 1 | 新規 | 2 変更 | 3 | 取下げ | (# | 保険者等記入 | 欄) | 支給申 | 請書型 | 理番号 | | | | | |
|-----|------------|----|--------|-----------------|-------|-------------|-------|---------------|----|------------|-------------------------------|-----------------------------|------------|------|--------------|------|-----|--------|------|----------------|-------------|
| フリ | ガナ 名 | | | | | | | 生年月日 | | | 年 | 月 日生 | Ė į | 作算期間 | 1人番・ | | 朔 | 年 | 月 ~ | 4 | F 月 |
| | | | | | | | | | | 国民健康 | 採保険資格情報 | | | | | | | | | | |
| | 保 | 険者 | 香番号 | 被 | 保険者記号 | <u>k</u> | | 被保険者 | 番号 | <u>-</u> | 続柄 | 保険 | 者名 | 称 | | | | 加入期間 | 1 | | |
| | | | | | | | | | | | 1 世 帯 主 2 擬制世帯主 3 世 帯 員 | | | | | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで |
| | | | | | | | | | | 後期高齢 | 者医療資格情報 | | | | | | | | | | |
| | 保 | 険者 | 香号 | | | 被保 | - 険者番 | : 무 | | | (5 | R 険者名称 | | | | | | 加入期間 | f | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで |
| | | | | | | | | | | 介護 | 保険資格情報 | | | | | | | | | | |
| | 保 | 険者 | 香号 | | | 被保 | (険者番 | : 무 | | | (5 | R 険者名称 | | | T | | | 加入期間 | f | | |
| | | | | | | | | - | | | | | | | | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで |
| 支 | 給方法 | | 口座管理 | 長込口座 | 銀 | ! 行 :用金庫 | | 機関コード | | 本 | 店舗コード | 種目 | | 口座番 | } | フリ; | ガナ | | | | 入先口座 |
| | 窓口払 口座振 | | | 記入 欄 | 農 (| | | | | 本 支 (| 店 | 1 普通預金 2 当座預金 9 そ の 他 | | | | 口座名 | 義力 | (| | 管 | 理番号 |
| | 公金 | 受取 | 口座を利用し | ます。 | | | | 取口座として る場合は口原 | | | 録した公金受取口座: | | 合は、 | 「□公金 | 受取 | 座を利用 | ¶l' | ます。」にす | ・エック | , (/) | してくだ |
| | | | 保 | 険者名 | | | | 加入期間 | | | 添付の自己負担 | 額証明書整理 | E番号 | | | | | | | | |
| | | 1 | | | | | | 年 月 年 月 | | 日から 日まで | | | | | | | | | | | |
| 保加加 | 検者 入歴 | 2 | | | | | | 年 月 | | 日から 日まで | | | | 備者 | 手欄 | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | 年 月 年 月 | | 日から 日まで | | | | | | | | | | | |

| (宛 先) 寒川町長 | 年 月 日 | |
|--|-----------------------------|--|
| 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 | ザー カー ロ 郵便番号 住所 申請代表者 | |
| 工品が終日について、日上賞は映画の書の文付を下前します。 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 高額介護合覧療養費(高額医療合覧介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 | 氏名 (重話番号 | |

枚中枚目

被保险者氏名

被保険者氏名

年 月 日

被保险者 (証) 悉号

高額介護合算療養費等支給(不支給)決定通知書

| した高額医療合算療養費等支給にに | |
|------------------|--|
| | |
| | |
| | |

被保险者証記号

| EXPLICATION OF THE PROPERTY OF | DO PRINCIPAL EL RELE | н | | | DAFINO | н (ни. | ш., | | | |
|--|----------------------|-------|---|----------|--------|--------|-----|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| 計算対象期間 | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 日 | | | |
| 申 請 年 月 日 | 年 | 月 | 日 | 決定年月 | 日 | | | 年 | 月 | 日 |
| 計算対象期間中の 自己負担額の合計額 | | | 円 | 支 給 額 | Į. | | | | | 円 |
| 給 付 の 種 類 | | | | | | | | | | |
| 不支給の理由 | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | + | ÷ ±/. | + | 注 | | | | | | |

| 支 払 | 方 法 |
|----------------------|------------------|
| 窓 口 払 | 口 座 払 |
| お 持 ち い た だ く も の | 金融機関 |
| だくもの | 口 座 種 別 - 振込先 |
| 支 払 場 所 | 口座番号 |
| 支 払 期 間 | 口座名義人 |

| (所在地) 寒川町長 II | |
|---------------|--|
|---------------|--|

| 問い合わせ先 | | | | |
|------------|---|-----|--|--|
| ₹ | | | | |
| 寒川町 | 課 | TEL | | |
| (-b- bb b) | | | | |

(審査請求)

- 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。
- 2 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。
- (1) 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。
- (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) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

神奈川県

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

TEL

寒川町長

被保険者番号

高額医療合算介護(予防)サービス費支給(不支給)決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

| 計算対象期間 | 年 | 月 日 | | ~ | 年 | 月 | 日 | | | |
|-----------------------|---|-----|---|-------|---|---|---|---|----|---|
| 申請年月日 | 4 | 手 月 | 日 | 決定年月日 | | | 年 | 月 | Ħ | |
| 計算対象期間中の 自己負担額の合計額 | | | 円 | 支給金額 | | | | | F. |] |
| 給 付 の 種 類 | | | | | | | | | | |
| 不支給の理由 | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

| | 支 払 | 方 法 | | | |
|---------------|---------------------------------------|-------|---------|---|-----|
| | | 口座 払 | 振込予定年月日 | 年 | 月 日 |
| お持ちいた だくもの | | 金融機関 | | | |
| だくもの | 振 | 口座種別 | | | |
| 支 払 場 所 | ————————————————————————————————————— | 口座番号 | | | |
| 支 払 期 間 | | 口座名義人 | | | |

< 所 在 地 >

< お問い合わせ先 >

(審杳請求)

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。

< お問い合わせ先 >

神奈川県介護保険審査会

代表:

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その他決裁を経ないことにつき正当な理由がある場合。