寒川町介護保険法施行細則新旧対照表

現行	改正案
～略～ （高額介護合算療養費等　　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、高額介護合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、その結果を高額介護合算療養費等支給（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～	～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、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（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（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　この規則は、公布の日から施行する。 （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		被保険者との関係	
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

被保険者	フ リ ガ ナ		個 人 番 号	
	被保険者氏名		生 年 月 日	年　　月　　日
			性　　別	
	住　　所	〒 電話番号		

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		被保険者との関係	
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

被保険者	フ リ ガ ナ		個 人 番 号	
	被保険者氏名		生 年 月 日	年　　月　　日
			性　　別	
	住　　所	〒 電話番号		

医療保険者名		医療保険被保険者記号番号	

＊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

（現行）

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

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒 電話番号		

再交付する証明書	1　被保険者証 2　資格者証 3　負担割合証 4　負担限度額認定証 5　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	

（改正案）

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

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒 電話番号		

再交付する証明書	1　被保険者証 2　資格者証 3　負担割合証 4　負担限度額認定証 5　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	

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			
	医療保険 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				
		＊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				
	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、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			
	医療保険 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				
		＊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				
	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、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	
被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号		
	医療保険 保険者名			保険者番号		
	医療保険 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・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、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　月　日	
被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号		
	医療保険 保険者名			保険者番号		
	医療保険 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		
		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		

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（現行）

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	〒 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

被保険者	介護保険被保険者番号			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		
	氏名			性別			
	住所	〒 電話番号					
	現に受けている要介護・要支援認定の内容	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					
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							
種類指定変更理由							

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	

（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	〒 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

被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号			
	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		
	氏名			性別			
	住所	〒 電話番号					
	現に受けている要介護・要支援認定の内容	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					
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							
種類指定変更理由							

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	

（現行）

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

申請対象年度	年度	申請区分	1　新規　2　変更　3　取下げ	（保険者等記入欄）	支給申請書整理番号	

フリガナ		生年月日	年　月　日生	個人番号	
氏　名				計算期間の始期及び終期	年　月　～　年　月

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	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　日から　年　月　日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 農協 （　）	金融機関コード	本店 支店 （　）	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
1　窓口払い 2　口座振込	1						1　普通預金 2　当座預金 9　その他		口座名義人		

☐　公金受取口座を利用します。　※給付金等の受取口座として、国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐公金受取口座を利用します。」にチェック（✔）してください。（利用する場合は口座情報の記入不要）

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄	
	1		年　月　日から 年　月　日まで			
	2		年　月　日から 年　月　日まで			
	3		年　月　日から 年　月　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。
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。
※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。

郵便番号　　住所
申請代表者
氏名
電話番号

	枚　中		枚　目

（改正案）

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

申請対象年度	年度	申請区分	1　新規　2　変更　3　取下げ	（保険者等記入欄）	支給申請書整理番号	

フリガナ		生年月日	年　月　日生	個人番号	
氏　名				計算期間の始期及び終期	年　月　～　年　月

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	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　日から　年　月　日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 農協 （　）	金融機関コード	本店 支店 （　）	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
1　窓口払い 2　口座振込	1						1　普通預金 2　当座預金 9　その他		口座名義人		

☐　公金受取口座を利用します。　※給付金等の受取口座として、国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐公金受取口座を利用します。」にチェック（✔）してください。（利用する場合は口座情報の記入不要）

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄	
	1		年　月　日から 年　月　日まで			
	2		年　月　日から 年　月　日まで			
	3		年　月　日から 年　月　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。
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。
※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。

郵便番号　　住所
申請代表者
氏名
電話番号

	枚　中		枚　目

第28号様式（第19条関係）　（現行）

年　月　日

様

高額介護合算療養費等支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額医療合算療養費等支給ににについて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		被保険者証記号		被保険者（証）番号	

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	円
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

支払方法				
窓口払		口座払		
お持ちいただくもの		振込先	金融機関	
			口座種別	
支払場所			口座番号	
支払期間			口座名義人	

〒
（所在地）　寒川町長　印

問い合わせ先
〒
寒川町　課　TEL

（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。

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
〒　神奈川県　TEL

第28号様式（第19条関係）　（改正案）

年　月　日

様

寒川町長

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。

被保険者氏名		被保険者番号	

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	支給金額	円
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		振込先	金融機関	
			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　＞

（審査請求）

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。