

聖籠町介護事業実施規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成30年3月20日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第6号

聖籠町介護事業実施規則の一部を改正する規則

聖籠町介護事業実施規則（平成12年聖籠町規則第17号）の一部を次のように改正する。

目次中「第3節 生活支援ホームヘルパー派遣事業（第17条—第22条）」を削り、「第23条」を「第17条」に、「第31条」を「第25条」に、「第32条」を「第26条」に改める。

第2章第3節を削る。

第23条中「条例第18条第1項第4号」を「条例第18条第1項第3号」に改め、第3章中同条を第17条とし、第24条から第27条までを6条ずつ繰り上げる。

第28条第1項中「第26条」を「第20条」に改め、同条を第22条とする。

第29条第1号中「第24条」を「第18条」に改め、同条を第23条とする。

第30条を第24条とし、第31条を第25条とする。

第4章中第32条を第26条とする。

別記様式第1号から別記様式第6号を次のように改める。

別記様式第1号(第13条関係)

聖籠町介護事業(介護予防)利用申込書

聖籠町長 様

年 月 日

(申込者)住 所 聖籠町大字

氏 名 _____ ㊞

電話 _____

対 象	住 所	聖籠町大字			電 話		申込者との続柄	
	氏 名		男・女	生年月日		年 月 日 (歳)		
者	介護保険法による要介護 又は要支援認定の状況		1 認定申請をしてない 2 認定申請した〔結果1自立 2要支援 3要介護()〕					
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	緊急時の連絡先(電話番号等)			
希望する事業	生きがい型デイサービス事業							
添 付 資 料	健康状況報告書							

別記様式第2号(第13条関係)

健康状況報告書

年 月 日

(申込者)住 所 聖籠町大字
氏 名

対象者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
住 所	聖籠町大字			
診療を受けている医師又は病院名				
介護保険サービス利用状況	1無 2有(サービスの種類)			
身体の状況等	視力	1普通 2虚視	言語	1普通 2少し不自由
	聴力	1普通 2少し難聴 3難聴	痛み	1無 2有(部位)
日常生活の状況等	歩 行	11人で歩ける 2杖、物につかまって歩く()		
	食 事	11人で食べられる 2一部介助が必要()		
	排 泄	11人でできる 2一部介助が必要()		
	着脱衣	11人でできる 2一部介助が必要()		
	入 浴	11人でできる 2一部介助が必要()		
	趣 味		好きなテレビ番組	
食 事 内 容	特に食べられない物 1無 2有()			
特 記 事 項				

以上の健康状況から、聖籠町介護保険条例第18条で定める一般的施策に係る介護事業を受ける者として、介護事業(介護予防)の利用が適切と思われます。

確認者 聖籠町保健福祉課保健師 氏 名 _____ (印)

別記様式第3号(第14条関係)

聖籠町介護事業(介護予防)利用承認(不承認)決定通知書

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

年 月 日付けで申請のあった聖籠町介護事業(介護予防)の利用について、下記により承認(不承認)いたしますので、通知します。

記

対象者	住 所	聖籠町大字		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日(歳)		
承認する事業	生きがい型デイサービス事業	利用開始日	年 月 日から	
不承認の場合の理由				

注)利用者が利用期間中、次に掲げる事項に該当したときは、速やかに町保健福祉課又は町社会福祉協議会に連絡してください。

- 1 伝染性疾患に罹患した場合
- 2 疾病又は負傷のため入院治療が必要となった場合
- 3 予定した日に利用ができなくなった場合

別記様式第4号(第19条関係)

聖籠町寝たきり・認知症老人介護者手当認定申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住 所
氏 名



寝 た き り 老 人 等	住 所	聖籠町大字				
	氏 名		世帯主			
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女		
	寝たきり等になった時期	年 月 日	傷病名			
	介護保険法による要介護認定の状況	認定通知年月日	年 月 日			
	要 介 護 度	要介護 3 ・ 4 ・ 5				
世 帯 構 成	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業	備 考	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
介 護 者 手 当 口 座 振 替 払 申 込						
金 融 機 関 名	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出 張 所	口座の 種 類	普通・当座		
口 座 番 号						
フ リ ガ ナ						
口 座 名 義 人						

別記様式第5号(第20条関係)

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

聖籠町寝たきり・認知症老人介護者手当支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました、聖籠町寝たきり・認知症老人介護者手当の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

対象者氏名

支 給 額	月額 円
支給開始の時期	年 月から
支 払 月	8月・12月・4月 4箇月分ずつ支払う。ただし、年度途中の支給決定者は、それぞれの月数分とする。
支 払 い 方 法	申請時申込の口座へ振り込みます。

※次のいずれかに該当した場合は、受給資格を喪失します。

- ・対象者の要介護度が2以下の認定を受けたとき。
- ・聖籠町に住所を有する同居家族がないとき。
- ・対象者が介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設へ入所又は入院したとき。
- ・対象者が上記で定める施設以外に継続して30日以上入所若しくは入院又は15日以上入所若しくは入院した月が連続して3箇月に達したとき。

受給資格を喪失したときは、聖籠町寝たきり・認知症老人介護者手当受給資格喪失届(別記様式第6号)を町長に提出してください。

別記様式第6号(第24条関係)

年 月 日

聖籠町長 様

受給者 住 所
氏 名



聖籠町寝たきり・認知症老人介護者手当受給資格喪失届

下記の理由のため、聖籠町寝たきり・認知症老人介護者手当受給資格を喪失したので、
聖籠町介護事業実施規則第24条の規定により届け出ます。

記

1 対象者氏名

2 喪失事由・年月日

附 則

この規則は、平成30年4月1日から施行する。