

聖籠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。

平成27年12月10日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第32号

聖籠町介護保険法施行細則の一部を改正する規則

聖籠町介護保険法施行細則（平成17年聖籠町規則第16号）の一部を次のように改正する。

第14条第1項中「介護保険居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を「介護保険居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」に、「介護保険居宅サービス計画自己作成（変更）届出書」を「介護保険居宅（介護予防）サービス計画自己作成（変更）届出書」に改める。

別記様式第2号を次のように改める。

別記様式第2号（第3条関係）

（表面）

		(一)	(二)	(三)														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">介護保険被保険者証</div>		<small>区介護保険区分等</small> <small>認定年月日（注）</small> <small>認定の有効期間</small>	<small>区分支給限度基準額</small> <small>1月当たり</small> <small>サービスの種類</small>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>内 容</th> <th>期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">給付制限</td> <td>開始年月日 終了年月日</td> </tr> <tr> <td>開始年月日 終了年月日</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称</td> <td>届出年月日</td> </tr> <tr> <td>届出年月日</td> </tr> <tr> <td>届出年月日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護保険施設等</td> <td>種類 名称</td> <td>入所年月日 退所年月日</td> </tr> <tr> <td>種類 名称</td> <td>入所年月日 退所年月日</td> </tr> </tbody> </table>	内 容	期 間	給付制限	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若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日	届出年月日	届出年月日	介護保険施設等	種類 名称	入所年月日 退所年月日	種類 名称	入所年月日 退所年月日
		内 容	期 間															
給付制限	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若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日																	
	届出年月日																	
	届出年月日																	
介護保険施設等	種類 名称	入所年月日 退所年月日																
	種類 名称	入所年月日 退所年月日																
<small>番号</small> <small>住所</small> <small>フリガナ</small> <small>氏名</small> <small>生年月日</small> <small>交付年月日</small>	<small>番号</small> <small>住所</small> <small>フリガナ</small> <small>氏名</small> <small>生年月日</small> <small>交付年月日</small>	<small>居宅サービス等</small> <small>1月当たり</small> <small>サービスの種類</small> <small>種類支給限度基準額</small> <small>（うち種類支給限度基準額）</small> <small>認定審査会の意見及びサービスの種類の指定</small>	<small>種類</small> <small>名称</small> <small>種類</small> <small>名称</small>	<small>種類</small> <small>名称</small> <small>種類</small> <small>名称</small>	<small>種類</small> <small>名称</small> <small>種類</small> <small>名称</small>													
<small>被保険者</small> <small>保険者番号並びに印</small>	<small>被保険者</small> <small>保険者番号並びに印</small>																	

（注）事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

(裏面)

<p>(六)</p> <p>十 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。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。</p> <p>十一 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を聖籠町役場に返してください。</p> <p>十二 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添え、聖籠町役場にその旨を届け出てください。</p> <p>十三 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。</p> <p>十四 特別の事情がないのに、保険料を滞納した場合は、給付を聖籠町役場から事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。</p>	<p>(五)</p> <p>六 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、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ聖籠町役場に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、聖籠町役場に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、聖籠町役場からの事後払い（償還払い）になります。</p> <p>七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません）。</p> <p>九 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち聖籠町役場が定める割合又は聖籠町役場が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。</p>	<p>(四)</p> <p>注意事項</p> <p>一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ聖籠町役場の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。</p> <p>二 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。</p> <p>三 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。</p> <p>四 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。</p> <p>五 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられなくなるので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に聖籠町役場にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。</p>
--	---	--

別記様式第5号を次のように改める。

別記様式第5号（第5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 要介護認定変更		申請書	
聖籠町長 様		次のとおり申請します。		申請年月日 年 月 日	
被保険者	被保険者番号	フリガナ		個人番号	生年月日
	氏名	性 別	男・女	電話番号	年 月 日
	住所	〒			
	前回の要介護認定等 要介護・要支援 変更・新合 定義み入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援	
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等 有 無	有効期限	年 月 日から	年 月 日	
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日		
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日		
変更申請の理由					
提出代行者	名 称	該当に○(居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護者人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印			
	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			
特定疾病名					
介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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				印	

別記様式第6号を次のように改める。

別記様式第6号（第5条関係）

申請者氏名		申請年月日	年	月	日
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	性別	男・女		
	住所	電話番号			
現在受けている要介護・要支援・要支援認定の内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援				
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現在受けているサービスの種類記載の消滅を求める旨	有効期間 年 月 日 から 年 月 日				
種類前定変更理由					
主治医	主治医の氏名	医療機関名			
	所在地	電話番号			
第2号被保険者(65歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入					
医療保険者志		医療保険被保険者記号番号			
特定疾病名					

別記様式第19号を次のように改める。

別記様式第19号（第14条関係）

介護保険法（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

区分 新規・変更	
被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	個人番号
	生年月日 性別
	年 月 日 男・女
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者	
事業者の事業所名	事業所の所在地
	電話番号（ ）（ ）
事業所を変更する場合の理由等	変更する場合は変更年月日（ ）年（ ）月（ ）日付
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	中小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）を利用する場合のみ記入してください。
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス） <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし	
監理市長 印 上記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）することを届け出します。 年 月 日 住 所 被保険者 氏名 印 電話番号（ ）（ ）	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の種類 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者事業所番号

（注意）1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業者が熟慮し次第速やか又は随時届出してください。  
 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず監理庁へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

別記様式第20号を次のように改める。

別記様式第20号（第14条関係）

介護保険居宅（介護予防）サービス計画自己作成（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
生年月日		性別	
年 月 日		男・女	
変更する場合の理由等	※変更する場合のみ記入してください。		
変更年月日 ( 年 月 日付)			
聖籠町長 様 居宅（介護予防）サービス計画を自己作成（変更）することを届け出します。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 ( ) 氏 名 印			
保険者承認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅（介護予防）サービス計画の作成をすることが決まり次第速やかに聖籠町へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず聖籠町に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 給付管理を変更（サービスを受ける回数の変更等）をするときは、必ず聖籠町に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。