

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28日

聖籠町長 渡邊 廣吉

### 聖籠町規則第37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15条第1項中「介護保険（居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費、居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費）支給申請書」を「介護保険（居宅介護（予防）サービス費、特例居宅介護（予防）サービス費、地域密着型介護（予防）サービス費、特例地域密着型介護（予防）サービス費、居宅介護（予防）サービス計画費、特例居宅介護（予防）サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費）支給申請書」に改め、同項に次の6号を加える。

- (16) 法第42条の2第1項
- (17) 法第42条の3第1項
- (18) 政令第15条の3第1項
- (19) 法第54条の2第1項
- (20) 法第54条の3第1項
- (21) 政令第24条の3第1項

第18条第1項から第3項までを次のように改める。

（負担限度額の認定申請）

第18条 省令第83条の6第1項（省令第97条の4において準用する場合を含む。）の申請は、別記様式第23号の介護保険負担限度額認定申請書によるものとする。

2 省令第83条の6第2項の同意書は、別記様式第23号の2の同意書によるものとする。

3 第1項に規定する申請に対する決定通知は、別記様式第24号の介護保険負担限度額認定決定通知書によるものとする。

第18条に次の2項を加える。

- 4 町長は、負担限度額認定の条件に該当しなくなったときは、別記様式第24号の2の介護保険負担限度額認定決定取消通知書により通知するものとする。
- 5 負担限度額を決定した被保険者に、別記様式第25号の介護保険負担限度額認定証を交付するものとする。

第21条及び第22条を次のように改める。

(特例居宅介護サービス費の額)

第21条 法第42条第2項の特例居宅介護サービス費の額は、法第41条第4項各号に定める額とする。

(特例居宅介護サービス計画費の額)

第22条 法第47条第2項の特例居宅介護サービス計画費の額は、法第46条第2項の厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額とする。

第22条の次に次の6条を加える。

(特例介護予防サービス費の額)

第22条の2 法第54条第2項の特例介護予防サービス費の額は、法第53条第2項各号に定める額とする。

(特例介護予防サービス計画費の額)

第22条の3 法第59条第2項の特例介護予防サービス計画費の額は、法第58条第2項の厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額とする。

(特例特定入所者介護サービス費の額)

第22条の4 法第51条の4第2項の特例特定入所者介護サービス費の額は、法第51条の3第2項に規定する額とする。

(特例特定入所者介護予防サービス費の額)

第22条の5 法第61条の4第2項の特例特定入所者介護予防サービス費の額は、法第61条の3第2項に規定する額とする。

(特例地域密着型介護サービス費の額)

第22条の6 法第42条の3第2項の特例地域密着型介護サービス費の額は、法第42条の2第2項各号に定める額とする。

(特例地域密着型介護予防サービス費の額)

第22条の7 法第54条の3第2項の特例地域密着型介護予防サービス費の額は、法第54条の2第2項各号に定める額とする。

第23条第1項中「介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書」を「介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書」に改める。

第24条第1項中「介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書」を「介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書」に改める。

第25条第1項中「高額居宅支援サービス費」を「高額介護予防サービス費」に改め、「介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書」を「介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書」に改め、同条第2項中「介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給（不支給）決定通知書」を「介護保険高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書」に改める。

第25条の次に次の2条を加える。

（高額介護サービス費等の基準収入額の適用申請）

第25条の2 省令第83条の2の3又は省令第97条の2の2の申請は、別記様式第35号の2の介護保険基準収入額適用申請書によるものとする。

2 省令第83条の2の3又は省令第97条の2の2の規定による申請に対する決定の通知は、別記様式第35号の3の高額負担上限額決定通知書によるものとする。

（高額医療合算介護サービス費等の支給の申請）

第25条の3 法第51条の2又は法第61条の2の規定により高額医療合算介護サービス費又は高額医療合算介護予防サービス費の支給を受けようとする被保険者は、別記様式第35号の4又は別記様式第35号の5の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を町長に提出しなければならない。

2 省令第83条の4の4第2項（省令第97条の2の2において準用する場合を含む。）の証明書は、別記様式第35号の6の介護保険自己負担額証明書によるものとする。

3 第1項に規定する申請に対する決定通知は、別記様式第35号の7の高額医療合算介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書によるものとする。

第26条及び第27条を次のように改める。

(特定負担限度額の認定申請)

第26条 省令第172条の2において準用する省令第83条の6第1項に規定する申請は、別記様式第36号の介護保険特定負担限度額認定申請書によるものとする。

2 前項に規定する申請に対する決定通知は、別記様式第37号の介護保険特定負担限度額認定決定通知書によるものとする。

3 特定負担限度額を決定した被保険者に、別記様式第38号の介護保険特定負担限度額認定証を交付するものとする。

(負担限度額・特定負担限度額の差額支給申請)

第27条 省令第83条の8第2項(省令第172条の2において準用する場合を含む。)に規定する申請は、別記様式第39号の介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書によるものとする。

別記様式第1号を次のように改める。

別記様式第1号(第2条関係)

介護保険住所特例(開始・変更・終了)届出書

届出町長 様

次のとおり住所特例(開始・変更・終了)について届け出ます。

※ ( )内は以下の基準により該当するものに○をつけてください。

在宅→運用:開始 施設→施設:変更 施設→在宅:終了

届出年月日	年 月 日
届出人氏名	本人との関係
届出人住所	〒 電話番号
届出人が被保険者本人の場合は、届出人の氏名のみ記入してください。	
被保険者	フリガナ
氏名	個人番号
生年月日	年 月 日
性別	男・女
世帯主	世帯主との続柄
氏名	生年月日
	年 月 日
	性別
	男・女
異動前住所	〒 電話番号
*異動前住所が施設の場合は、以下も記入してください。	
施設	名称
退所年月日	
異動後住所	〒 電話番号
*異動後住所が施設の場合は、以下も記入してください。	
施設	名称
退所年月日	

別記様式第3号を次のように改める。

別記様式第3号(第4条関係)

介護保険被保険者証交付申請書			
型欄町長 様			
次のおり申請します。			
		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	フリガナ	個人番号	
	氏 名	生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
医療保険者名		医療保険被保険者証記号	医療保険被保険者証番号
注 申請の際に医療保険の被保険者証の提示が必要となります。			

\*第2号被保険者の被保険者証交付申請者用

別記様式第4号を次のように改める。

別記様式第4号(第4条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書			
型欄町長 様			
次のおり申請します。			
		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	性 別	男 ・ 女
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 受給資格証明書 4 負担割合証		
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他( )		
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	医療保険被保険者証番号
注1 第2号被保険者の場合、申請の際に医療保険の被保険者証の提示が必要です。(受給資格証明書の再交付の際は不要)			
2 再交付の理由が、紛失・焼失以外の場合には、被保険者証等を添付してください。			

別記様式第21号を次のように改める。

別記様式第21号(第15条関係)

介護保険 ( 居宅介護(予防)サービス費、特別居宅介護(予防)サービス費、地域密着型介護(予防)サービス費、特別地域密着型介護(予防)サービス費、居宅介護(予防)サービス計画費、特別居宅介護(予防)サービス計画費、施設介護サービス費、特別施設介護サービス費 ) 支給申請書

年 月 日

フリガナ	個人番号	印
被保険者氏名	保険者番号	型欄可
生年月日	性別	男・女
住所	電話番号	
支払金額合計	円	
申請理由	要介護可長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)サービス費、特別居宅介護(予防)サービス費、地域密着型介護(予防)サービス費、特別地域密着型介護(予防)サービス費、居宅介護(予防)サービス計画費、特別居宅介護(予防)サービス計画費、施設介護サービス費又は特別施設介護サービス費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 印	
注 この申請書に該当月分の預収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書、介護予防支援提供証明書も併せて取付してください。 上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。		
口座振替依頼種別	金融機関名	本支店名
	金融機関コード	店鋪コード
	フリガナ	口座名義人
委任状	依頼保険者本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 上記の給付費の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 受任者 住所 (口座名義人) 氏名 印 委任者 住所 (被保険者) 氏名 印	
町記入欄	区分	振込状況
	1 一般	未納保険料有・無
	2 支払方法の変更	滞納保険料有・無
	3 給付額減額	

別記様式第23号を次のように改める。

別記様式第23号(第18条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

要介護可長 様

衣のとお関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)にかかる負担限度額認定を申請します。

フリガナ	個人番号	印
被保険者氏名	保険者番号	性別
生年月日	年 月 日	
住所	〒	連絡先
入居(退)した介護保険施設等の名称(住所)	〒	連絡先
入居(退)年月日(退)	年 月 日	(前)介護保険施設に入居している「障害者(知的障害)等」を有している場合は、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
	住所	〒
	職業(就労)	専業主婦 専業主夫 非専業主婦
収入等に関する中央	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村認定非世帯員等である新設給付金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村認定非世帯員受給者であるが、前年全収入(給付金等)合計が年額30万円以下である。 <input type="checkbox"/> 市町村認定非世帯員受給者であるが、前年全収入(給付金等)合計が年額30万円を超える。	
預貯金等に関する中央	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が、1000万円(次善は2000万円)以下である。 <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等に関する金額の合計は原則として1000万円以内の金額とする。	
申請	預貯金	円 (印)
	有価証券	円 (印)
	その他(現金・貴重品等)	円 (印)
※申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。 申請者氏名 住所 〒 本人との関係		

注意事項

(1) この申請書における「配偶者」とについては、世帯分離をしていない配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(3) 書き間違いの場合は、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。

(4) 虚偽の申告により不正に特定入所者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、支給された額及び本人が国の加算金を返還していたことが認められます。

別記様式第23号の次に次の1様式を加える。

別記様式第23号の2 (第18条関係)

### 同意書

聖羅町長 様

・ 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、年金保険者または銀行、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。

・ 居宅サービス計画の作成及び給付管理業務に必要があるときは、負担限度額認定の内容について居宅介護支援事業者等の関係人へ、提示することを同意します。

年 月 日

【本人】  
住所  
氏名 印

【配偶者】  
住所  
氏名 印

別記様式第24号を次のように改める。

別記様式第24号 (第18条関係)

年 月 日

聖羅町長 様

介護保険負担限度額認定一次通知書

当に申請のありました、介護・居宅費に係る負担限度額認定については、下記のとおり決定いたしましたので通知します。

居宅介護費代金	
居宅介護費返付	

決定年月日	年 月 日										
決定事項											
<input type="checkbox"/> 承認する  <input type="checkbox"/> 承認しない	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">適用年月日</th> <th style="width: 10%;">額</th> <th style="width: 10%;">目</th> <th style="width: 10%;">(承認内容)</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"> <input type="checkbox"/>承認する   <input type="checkbox"/>承認しない               </td> <td>理由</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	適用年月日	額	目	(承認内容)				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"> <input type="checkbox"/>承認する   <input type="checkbox"/>承認しない               </td> <td>理由</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 承認する  <input type="checkbox"/> 承認しない	理由
適用年月日	額	目	(承認内容)								
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"> <input type="checkbox"/>承認する   <input type="checkbox"/>承認しない               </td> <td>理由</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 承認する  <input type="checkbox"/> 承認しない	理由						
<input type="checkbox"/> 承認する  <input type="checkbox"/> 承認しない	理由										

問い合わせ先  
 聖羅町 介護課  
 〒 電話番号

可搬の申立て及び取消申請  
 1. この通知書は、介護・居宅費の決定通知書であり、この通知書を受け取った日から起算して、90日以内の期間中に介護保険事務所に提出し、取消申請を行うことができます。  
 2. また、取消申請書の提出は、取消申請書に添付する取消申請書を受け取った日から起算して90日以内の期間中に提出し、取消申請書の提出は、取消申請書の提出日から起算して90日以内の期間中に提出することができます。なお、取消申請書の提出は、取消申請書の提出日から起算して90日以内の期間中に提出することができます。

別記様式第24号の次に次の1様式を加える。

別記様式第24号の2様式(第18条関係)

第 年 月 日 号  
 年 月 日

様  
 聖籠町長 印

介護保険 負担限度額認定取消通知書

年 月 日付けで通知した介護保険負担限度額認定について、下記のとおり取り消しましたので通知します。

被保険者氏名	被保険者番号																			
取消決定年月日	年 月 日																			
取消内容																				
取消理由																				

・介護保険負担限度額認定証を聖籠町に返却してください。  
 返却期限： 年 月 日  
 ただし、すでに介護保険負担限度額認定証を返却されている方は、不要です。

問い合わせ先

備 考

- この通知書に記載された事項について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、新潟県介護保険審査会に審査請求することができます。  
 所在地 電話番号
- この通知書に記載された事項について不服があるときは、この処分についての審査請求の裁決を経た後に、審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に聖籠町を被告(訴訟においては聖籠町長が被告の代表となります。)として新潟地方裁判所にこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次に掲げる場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この処分についての取消しの訴えを提起することができます。
  - 審査請求をした日の翌日から起算して3ヶ月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続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とき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記様式第25号を次のように改める。

別記様式第25号(第18条関係)

(表面)

(裏面)

別記様式第25号(第18条関係)

<b>介護保険負担限度額認定証</b>		
交付年月日 年 月 日		
被保険者	被保険者番号	
	住所	
	〒	
	氏名	
	生年月日 年 月 日 性別 男・女	
	適用年月日 から	
	有効期限 まで	
費事の負担限度額	円	
居住費又は 滞在費の負 担限度額	ユニット型個室	円
	ユニット型準個室	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		
	新潟県北蒲原郡聖籠町大字諏訪山1635番地4	
	聖籠町 町民課 保険係 聖籠町 電話	

注 意 事 項

- 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。)並びに介護老人保健施設サービス、指定介護療養施設サービス、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。
- 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指定介護保険施設等の窓口へ提出してください。
- 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、この証を聖籠町に返却してください。また転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 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、聖籠町にその旨を届け出てください。
- 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戒の処分を受けます。



別記様式第26号を次のように改める。

別記様式第26号(第20条関係)

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

		個人番号										
フリガナ		保険者番号	聖蹟町									
被保険者氏名		被保険者番号	/ / / / / / / / / / / / / / / /									
生年月日	年 月 日	性別	男・女									
住所	〒											
	電話番号											
利用者負担額減免申請理由												
聖蹟町長 様 上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号												

町記入欄

交付年月日		備	考						
年 月 日		(所得分布の状況等を記入)							
適用年月日									
年 月 日									
有効期限									
年 月 日									

別記様式第27号を次のように改める。

別記様式第27号(第20条関係)

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書  
(特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請)

		個人番号										
フリガナ		保険者番号	聖蹟町									
被保険者氏名		被保険者番号	/ / / / / / / / / / / / / / / /									
生年月日	年 月 日	性別	男・女									
住所	〒											
	電話番号											
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒											
	電話番号											
入所年月日	年 月 日											
聖蹟町長 様 上記のとおり特別養護老人ホームの旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号												

町記入欄

交付年月日		備	考						
年 月 日									
適用年月日									
年 月 日									
有効期限									
年 月 日									
		まで							

別記様式第32号を次のように改める。

別記様式第32号(第23条関係)

介護保険制度(予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	個人番号	フリガナ	個人番号			
被保険者氏名	保険者番号	フリガナ	個人番号			
生年月日	性別	男	女			
住所	電話番号					
福祉用具名 (種別名及び7桁品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	事業者番号	購入金額			
			円 年 月 日			
			円 年 月 日			
			円 年 月 日			
福祉用具が 必要な理由	要請可決 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 印					
注：この申請書に、福祉用具(福祉用具のパンフレット等)を添付してください。 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。						
福祉用具(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。						
口座振替 位 欄	金融機関名	本支店名	種 別	口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通			
			2 当座			
			3 その他			
	フリガナ					
	口座名義人					
※被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 福祉用具(予防)福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。						
委任者 住所 年 月 日 (口座名義人) 氏名 印 委任者 住所 (被保険者) 氏名 印						
町振込欄						
要 請 状況区分	保 険 料 納 付 状 況	預 金 控 制 種 別 欄	給 付 率	給 付 対 象 金 額	給 付 額	備 考
1 要支給 (1・2)	未納保険料 有・無		1 1割			
2 要介護 (1・2・3・4・5)	滞納保険料 有・無		2 2割			

別記様式第33号を次のように改める。

別記様式第33号(第24条関係)

介護保険制度(予防)住宅改修費支給申請書

フリガナ	個人番号	フリガナ	個人番号	
被保険者氏名	保険者番号	フリガナ	個人番号	
生年月日	性別	男	女	
住居の所在地	電話番号			
住宅の所有者	被保険者との関係( )			
承諾書	※住宅の所有者が有償借家等でない場合は必ず記入してください。 私は住宅改修を行うことを承諾します。 住所 印 住宅の所有者 氏名			
改修の内容・費用及び仕様	施工業者	所在地		
	氏名名称	電話番号		
改 修 費 用	円 (住宅改修費支給対象となる改修に係る費用のみ)			
要 請 可 決 理 由	上記のとおり、関係書類を添えて住宅介護(予防)住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 印			
住宅介護(介護)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。				
口座振替 位 欄	金融機関名	本支店名	種 別	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通	
			2 当座	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			
※被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 住宅介護(予防)住宅改修費の受領を下記の者に委任します。				
委任者 住所 年 月 日 (口座名義人) 氏名 印 委任者(被保険者) 印				
町振込欄				
町 振 込 欄	着 工 前		完 了 後	
	竣工予定日 年 月 日	受付日	竣工日 年 月 日	受付日 年 月 日
給 付 事 務 進 捗 確 認	<input type="checkbox"/> 見積書(内訳書) <input type="checkbox"/> 提出書 <input type="checkbox"/> 申請書		<input type="checkbox"/> 完了日 <input type="checkbox"/> 完了後写真 <input type="checkbox"/> 申請書	
	要 請 状 況 区 分	請求金額(1・2)	請求金額(1・2・3・4・5)	支給済金額
給 付 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	給 付 対 象 金 額	円
保 険 料 納 付 状 況	未納保険料(有・無)	滞納保険料(有・無)	給 付 金 額	円
給 付 率 別	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割		備 考	

別記様式第34号を次のように改める。

別記様式第34号(第25条関係)									
介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書									
申 請 書									
フリガナ					保険者番号				
被保険者氏名					被保険者番号				
生年月日	年	月	日	性別	別				
住所					電話番号				
	北	支	当年月日	性別	別	介護保険の被保険者の場合 介護保険番号 個人番号			
世帯主					電話番号				
世帯員					電話番号				
申請町長 印 上記のとおり関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 印									
注意・給付制限を受けている方については、高額介護(予防)サービス費の支給ができない場合があります。									
高額介護(予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。									
口座番号	金融機関名	本店名			種 別	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード							
フリガナ	口座名義人								
住所	本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 高額介護(予防)サービス費の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 住所 受 託 者 (口座名義人) 氏名 印 委任者(本人) 印								
町記入欄									
区分	世帯番号	世帯員総数	給付制限状況	備 考					
1 単独 2 世帯			有・無 給付割合						

別記様式第35号を次のように改める。

別記様式第35号(第25条関係)									
申 請 書									
介護保険高額介護(予防)サービス費支給(不支給)決定通知書									
給付費については、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				
受 付 年 月 日	年	月	日	決 定 年 月 日	年	月	日		
サービス提供年月					本人支払額	円			
給 付 の 種 類									
支 給 額					支 給 金 額	円			
振 込 先	金融機関名	本店名			口座種別				
					口座番号	口座名義人			
振込予定日	年 月 日								
問い合わせ先									
〒									
〒									
住所									
電話番号									
不服の申立て及び取消訴訟									
1 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60日以内に、新潟県介護保険審査会に審査請求をすることができます。 連絡先 新潟県介護保険審査会 住所 電話番号									
2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に整理町を被告として(訴訟において整理町を代表する者は町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。 (1) 審査請求があった日から3か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の続行により生じる著しい損害を避けるための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。									

別記様式第35号の次に次の6様式を加える。

別記様式第35号の2(第25条の2関係)

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

(申請先)  
 聖蹟町長 様

次のとおり関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

世帯コード				
フリガナ		被保険者番号		
被保険者氏名	印	個人番号		
生年月日		性別		
フリガナ		被保険者番号		
被保険者氏名	印	個人番号		
生年月日		性別		
フリガナ		被保険者番号		
被保険者氏名	印	個人番号		
生年月日		性別		

住所 連絡先

年 中 の 収 入	氏 名			
	公 的 年 金	円	円	円
	給 与 (パート収入等を含む)	円	円	円
	( ) (年金・給与以外の収入)	円	円	円
	合 計	円	円	円

※申請者が本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		連絡先	(自宅・携帯・勤務先)
申請者住所		本人との関係	

申請書記入の注意事項

(1) 市町村長税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人(40歳以上65歳未満の方は除く。)及び同じ世帯の65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。

(2) 収入額は全てご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など)は除きます。

(3) 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において当町に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。

別記様式第35号の3(第25条の2関係)

第 号  
 年 月 日

聖蹟町長 印

高額負担上限額決定通知書

下記の申請年月日に申請のありました適用申請について、下記のとおり審査しましたので通知します。

申 請 年 月 日	年 月 日	受 付 年 月 日	年 月 日
-----------	-------	-----------	-------

年 高額サービス費負担上限額決定内容			
決 定 年 月 日	年 月 日	適用期間	年 月～ 年 月
所 得 区 分		負担上限額	円
決 定 理 由			

高額サービス費負担上限額適用受給者	
被保険者番号	被保険者氏名

問い合わせ先

〒  
 聖蹟町  
 住所  
 電話番号

不届の申立て及び取消訴訟

1 この通知書について不届があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、新潟県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

連絡先 新潟県介護保険審査会  
 住所  
 電話番号

2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に聖蹟町を被告として(訴訟において聖蹟町を代表する者は町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から3か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の続行により生じる著しい損害を避けるための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。

別記様式第35号の4(第25条の3関係) 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

申請対象年度 年度 申請区分 (保険者等記入欄) 支給申請書整理番号

フリガナ 個人番号  
氏名 生年月日 性別 計算期間の始期及び終期

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

後期高齢者医療資格情報  
保険者番号 被保険者番号 広域連合名称 加入期間

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

支給方法 口座管理番号 振込口座記入欄 金融機関コード 店舗コード 種目 口座番号 口座名義人 振込先口座管理番号

保険者加入歴  
1 保険者名 加入期間 添付の自己負担額証明書整理番号  
2  
3 備考欄

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。  
年 月 日  
郵便番号 住所  
申請代表者  
氏名  
電話番号

枚中 枚目

別記様式第35号の5(第25条の3関係) 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

( 枚中 枚目) ※太枠内のみご記入ください。

フリガナ 個人番号  
被保険者氏名 生年月日 性別

【1. 口座確認欄】  
振込口座記入欄 種目 口座番号 フリガナ 口座管理番号 口座名義人

【2. 申請欄】申請者についてご記入ください。(あて先)  
(あて先) 窓口担当 高額医療・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。  
 自己負担額証明書の交付を申請します。  
(申請者) 郵便番号 住所 氏名 電話番号  
年 月 日

【3. 委任欄】※申請者と別の人の口座へ振込みを希望する場合はご記入ください。  
支給される高額医療・高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領を下記の人に委任します。  
委任する人 氏名 (申請者)  
委任を受ける人 郵便番号 住所 氏名 電話番号 (口座名義人)  
委任する人との関係

(市町村記入欄)以下の欄には記入しないでください。

申請対象年度 申請区分 1.新規 2.変更 3.取下げ 支給申請書整理番号 計算期間の始期及び終期

申請形態 1. 計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし) 2. 計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり) 3. 計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり) 4. 死亡・海外移住等計算期間中申請

資格情報  
国民健康保険 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  
後期高齢者医療 保険者番号 被保険者番号 広域連合名称 加入期間  
介護保険 保険者番号 被保険者番号 保険者名称 加入期間

保険者加入歴  
1 保険者名 加入期間 添付の自己負担額証明書整理番号  
2 市町村確認欄

別記様式第35号の6（第25条の3関係）

様

介護保険 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ	生 年 月 日	性別	
被保険者氏名	証明対象年度		
住 所			
保険者番号	被保険者番号		
自己負担額証明書整理番号			
対象となる計算期間			
計算期間において被保険者であった期間			
サービス提供年月	自己負担額	うち70～74歳の者に係る自己負担額	備 考
年 月 日			
聖蹟町長 印			

【保険者連絡用】  
(問い合わせ先)

別記様式第35号の7（第26条の3関係）

票 号  
年 月 日

様

聖蹟町長 印

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

先に申練のありました高額医療合算介護サービス費等支給について、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	
申 練 年 月 日	決 定 年 月 日
計 算 対 象 期 間 中 の 自 己 負 担 額 合 計 額	支 給 額
給 付 の 種 類	
支 給	
不 支 給 の 理 由	
備 考	

支払方法

口座振替	金融機関	口座種別
	口座番号	支払予定日
窓口払	口座名義人	

問い合わせ先  
聖蹟町  
住所  
電話番号

備考

- この通知書に記載された事項について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、新潟県介護保険委員会に審査請求することができます。  
所在地 電話番号
- この通知書に記載された事項について不服があるときは、この処分についての審査請求の効力を妨げないに、審査請求の効力があつたことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に聖蹟町を管轄(通知においては町長が管轄の代表となります。)として新潟県庁所在地にこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次に掲げる場合には、審査請求の効力を妨げることなく、この処分についての取消しの訴えを提起することができます。
  - 審査請求をした日の翌日から起算して3箇月を経過しても効力がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続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とき。
  - その他効力を妨げないことにつき正当な理由があるとき。

別記様式第36号を次のように改める。

別記様式第36号 (第25条関係)			
介護保険負担限度額認定申請書 (特別養護老人ホームの要介護日措置入所者に関する認定申請)			
フリガナ		個人番号	
被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	
住 所	〒	電話番号	
特別養護老人ホームの所在 地及び名称	〒	電話番号	
入所する居室の 種別	1 ユニット型個室                      3 従来型個室 2 ユニット型準個室                  4 多床室		
入所年月日	年 月 日		
負担限度額 申請事由	1. 市町村長が扶養義務者であって、合計所得金額と雑収入額の合計額が年額80万円以下のもの等 2. 市町村長が扶養義務者であって、1に該当する以外のもの 3. その他( )		
記載町長 様 上記のとおり実費・居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号			
町記入欄			
交付年月日	備 考		
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		
適用年月日			
年 月 日	から		
有効期限			
年 月 日	まで		

別記様式第37号を次のように改める。

別記様式第37号 (第26条関係)	
第 号 年 月 日	
印	
介護保険特定負担限度額認定 決定通知書 (特別養護老人ホームの要介護日措置入所者に関する認定申請)	
先に申請のありました、実費・居住費に係る特定負担限度額認定については、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	
決定年月日	年 月 日
決定事項	
<input type="checkbox"/> 承認する  <input type="checkbox"/> 承認しない	適用年月日 年 月 日 (承認内容) 有効期限 年 月 日
	理由
問い合わせ先 居 住 町 住 所 電 話 番 号	
下部の早立て及び取換務 ① この通知について不届があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に新居県介護保険審査会に申し立てを請求することになります。 連絡先 住居 電話番号 ② また、自分の取換しの取又は、前記の審査請求に対する審査を受け取った日の翌日から起算して8ヶ月以内に監理町を親会として(新居において監理町を代表する者は町長になります)、承認することができます。なお、自分の取換しの取又は、前記の審査請求に対する審査を受けた後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときはを除く。)でなければ換給することができないこととなっています。 (1) 審査請求があった日から8ヶ月を超えても取換がないとき。 (2) 自分が、自分の取換又は前記の取換の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) その取換換を認むことにつき正当な理由があるとき。	



別記様式第38号を次のように改める。

別記様式第38号(第26条関係)

(表面)	(裏面)
<p>別記様式第38号(第26条関係)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>介護保険特定負担限度額認定証</b> <small>(特別養護老人ホームの要介護出席者に関する認定証)</small></p> <p>交付年月日 年 月 日</p> <p>被保険者番号</p> <p>住所</p> <p>フリガナ</p> <p>氏名</p> <p>生年月日 年 月 日 性別 男・女</p> <p>適用年月日 から</p> <p>有効期限 まで</p> <p>食事の特定負担限度額 円</p> <p>居住費の特定負担限度額            ユニット型個室 円            ユニット型準個室 円            従来型個室 円            多床室 円</p> <p>保険者番号並びに保険者の名称及び印            〒 新潟県北蒲原郡聖籠町大字諏訪山1635番地4            聖籠町 町民課 保険係 聖籠町            電話</p> </div>	<p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <p>一 この証によって指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の裏面に記載する特定負担限度額が支払いの上限度となります。</p> <p>二 番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別養護老人ホームの窓口へ提出してください。</p> <p>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、特定負担限度額認定証の有効期限に達したとき又は特別養護老人ホームを退所したときを引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合は、この証を退所したとき引き継ぎ、他の特別養護老人ホームに提出する際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の裏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、聖籠町にその旨を届け出てください。</p> <p>五 不正により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>

別記様式第39号を次のように改める。

第39号様式(第27条関係)  
介護保険 負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

フリガナ	個人番号	〒
被保険者氏名	保険者番号	聖籠町
生年月日	性別	男・女
住所	電話番号	
支払った期間	支払った食費の提供に要する費用	円
	支払った居住等に要する費用	円
利用した指定介護保険施設等の所在地及び名称	電話番号	
負担限度額認定証の提出ができなかった理由		
郵便指定期間	種目	口座番号
金融機関	1 普通	
フリガナ	2 当座	
口座名義人	3 その他	
<p>聖籠町長 様</p> <p>上記のとおり特定入所者介護(予防)サービス費差額の支給を申請します。 また、支給にあたり世帯の課税内容について、調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>		
<p>注意 当該月分の領収書を必ず添付してください。領収書を添付できない場合、支払が遅れます。 ※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。</p>		
<p>委任状 (住所)</p> <p>上記の差額支給の (氏名) (続柄) に委任します。</p> <p>受領について、委任者(被保険者本人)氏名</p>		



附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。