

鴨川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和5年3月31日

鴨川市長 長谷川 孝夫

鴨川市規則第8号

鴨川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

鴨川市介護保険条例施行規則（平成17年鴨川市規則第92号）の一部を次のように改正する。

第11条の2中「(別記第5号様式)」の次に「(情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律（平成14年法律第151号）第6条第1項の規定により電子情報処理組織を使用する方法（以下「オンライン手続」という。）により申請を行う場合にあつては、介護保険負担割合証・被保険者証等再交付申請書（別記第5号様式の2)）」を加える。

第11条の3第1項中「介護保険被保険者証等再交付申請書」の次に「(オンライン手続により申請を行う場合にあつては、介護保険負担割合証・被保険者証等再交付申請書)」を加える。

第17条第1項中「(別記第15号様式)」の次に「(オンライン手続により申請を行う場合にあつては、要介護・要支援認定（新規）申請（別記第15号様式の2又は要介護・要支援認定（更新）申請（別記第15号様式の3)）」を加え、同条第2項中「(別記第15号様式の2)」を「(別記第15号様式の4)（オンライン手続により申請を行う場合にあつては、要介護・要支援認定（新規）申請）」に改める。

第18条中「(別記第16号様式)」の次に「(オンライン手続により申請を行う場合にあつては、要介護・要支援認定（区分変更）申請（別記第16号様式の2)）」を加える。

第22条中「(別記第28号様式)」の次に「(オンライン手続により届出を行う場合にあつては、居宅サービス・介護予防サービス計画新規作成依頼・事業者変更届出書（別記第28号様式の2)）」を加える。

第25条第1項中「(別記第32号様式)」の次に「(オンライン手続により申請を行う場合にあつては、介護保険福祉用具購入費支給申請（別記第32号様式の2)）」を加える。

第26条第1項中「(別記第33号様式)」の次に「(オンライン手続により申請を行う場合にあつては、介護保険住宅改修費支給申請（改修前）（別記第33号様式の2）又は介護保険住宅改修費支給申請（改修後）（別記第33号様式の3)）」を加える。

第27条第1項中「(別記第34号様式)」の次に「(オンライン手続により申請を行う場合にあつては、高額介護（介護予防）サービス費支給申請（別記第34号様式の2)）」を加える。

第28条第1項中「(別記第35号様式)」の次に「(オンライン手続により申請を行う場合にあつては、介護保険負担限度額認定申請（別記第35号様式の2)）」を加える。

別記第5号様式の次に次の1様式を加える。

第 15 号様式の 2 (第 17 条関係)

要介護・要支援認定(新規)申請

市町村長 殿

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											性別	生年月日					年	月	日		
	被保険者氏名																					
	住所	郵便番号																				
	電話番号																					
	※現在、要支援認定を受けている 場合のみ記入	要支援状態区分																				
		有効期限(始期)	年	月	日	有効期限(終期)	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																				
		要介護・要支援認定を申請中											申請日	年	月	日						
過去6カ月の介護保険施設・医療 機関等への入院・入所	過去6カ月の入院、入所の有無																					
	①介護保険施設の名称等・所在地																					
	①期間(始期)	年	月	日	①期間(終期)	年	月	日														
	②介護保険施設の名称等・所在地																					
	②期間(始期)	年	月	日	②期間(終期)	年	月	日														
	③医療機関等の名称等・所在地																					
	③期間(始期)	年	月	日	③期間(終期)	年	月	日														
	④医療機関等の名称等・所在地																					
④期間(始期)	年	月	日	④期間(終期)	年	月	日															
提 出 代 行 者 の 情 報	種別											名称										
	住所	郵便番号																				
電話番号																						
主 治 医 の 情 報	主治医の有無																					
	主治医の氏名																					
	医療機関名																					
	医療機関の所在地	郵便番号																				
医療機関の電話番号																						
第 二 号 被 保 険 者 の 情 報 入 録	医療保険者名																					
	医療保険被保険者証記号番号																					
	特定疾病名																					
認 定 調 査 の 連 日 終 了 後 先 調 査 に 関 す	フリガナ																					
	連絡先氏名											被保険者との関係										
	担当者の電話番号																					
	担当者のメールアドレス																					
本 人 同 意	介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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、〇〇市(町村)から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。 <input type="checkbox"/> 同意する																					

第 15 号様式の 3 (第 17 条関係)

要介護・要支援認定(更新)申請

市町村長 殿

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											性別	生年月日					年	月	日		
	被保険者氏名																					
	住所	郵便番号																				
	電話番号																					
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分																				
		有効期限(始期)	年	月	日	有効期限(終期)	年	月	日													
	過去6カ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去6月間の入院、入所の有無																				
		①介護保険施設の名称等・所在地																				
①期間(始期)		年	月	日	①期間(終期)	年	月	日														
②介護保険施設の名称等・所在地																						
②期間(始期)		年	月	日	②期間(終期)	年	月	日														
③医療機関等の名称等・所在地																						
③期間(始期)		年	月	日	③期間(終期)	年	月	日														
④医療機関等の名称等・所在地																						
④期間(始期)	年	月	日	④期間(終期)	年	月	日															
提 出 代 行 者 の 情 報	種別											名称										
	住所	郵便番号																				
電話番号																						
主 治 医 の 情 報	主治医の有無																					
	主治医の氏名																					
	医療機関名																					
	医療機関の所在地	郵便番号																				
医療機関の電話番号																						
第 二 号 被 保 険 者 の 特 定 疾 病 入 録	医療保険者名																					
	医療保険被保険者証記号番号																					
	特定疾病名																					
認 定 調 査 の 進 行 調 査 先 調 査 に 関 する	フリガナ																					
	連絡先氏名											被保険者との関係										
	担当者の電話番号																					
	担当者のメールアドレス																					
本人同意	介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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、〇〇市(町村)から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者、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。 <input type="checkbox"/> 同意する																					

別記第 16 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第 16 号様式の 2 (第 18 条関係)

要介護・要支援認定(区分変更)申請

市町村長 殿

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号													個人番号											
	フリガナ													性別	生年月日	年	月	日							
	被保険者氏名																								
	住所	郵便番号																							
	電話番号																								
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分																							
		有効期限(始期)	年	月	日	有効期限(終期)	年	月	日																
	変更申請の理由																								
	過去6カ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去6月間の入院、入所の有無																							
①介護保険施設の名称等・所在地																									
①期間(始期)		年	月	日	①期間(終期)	年	月	日																	
②介護保険施設の名称等・所在地																									
②期間(始期)		年	月	日	②期間(終期)	年	月	日																	
③医療機関等の名称等・所在地																									
③期間(始期)		年	月	日	③期間(終期)	年	月	日																	
④医療機関等の名称等・所在地																									
④期間(始期)	年	月	日	④期間(終期)	年	月	日																		
提 出 代 行 者 の 情 報	種別													名称											
	住所	郵便番号																							
電話番号																									
主 治 医 の 情 報	主治医の有無																								
	主治医の氏名																								
	医療機関名																								
	医療機関の所在地	郵便番号																							
医療機関の電話番号																									
第 二 号 被 保 険 者 の 情 報	医療保険者名																								
	医療保険被保険者証記号番号																								
	特定疾病名																								
認 定 調 査 の 連 絡 先 調 査 に 関 する	フリガナ																								
	連絡先氏名													被保険者との関係											
	担当者の電話番号																								
	担当者のメールアドレス																								
本人同意	介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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、〇〇市(町村)から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。 <input type="checkbox"/> 同意する																								

別記第 28 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第 32 号様式の 2 (第 25 条関係)

介護保険福祉用具購入費支給申請

市町村長 殿

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号													個人番号											
	フリガナ													性別	生年月日	年	月	日							
	被保険者氏名																								
	住所	郵便番号																							
電話番号																									

提 出 代 行 者 の 情 報	提出代行者の氏名													被保険者との関係						
	事務所の名称													事業所の種別						
	事業所の住所	郵便番号																		
事業所の電話番号																				

福 祉 用 具 の 情 報	福祉用具 1品目の情報	福祉用具の種目													福祉用具名					
		製造事業者名													商品のTAISコード*					
		販売事業者名																		
		購入金額													購入年月日					
		福祉用具が必要な理由																		
	福祉用具 2品目の情報	福祉用具の種目													福祉用具名					
		製造事業者名													商品のTAISコード*					
		販売事業者名																		
		購入金額													購入年月日					
		福祉用具が必要な理由																		
	福祉用具 3品目の情報	福祉用具の種目													福祉用具名					
		製造事業者名													商品のTAISコード*					
		販売事業者名																		
		購入金額													購入年月日					
		福祉用具が必要な理由																		

振 込 口 座 の 情 報	金融機関名													金融機関種別							金融機関コード*						
	金融機関支店名													種別 (本店・支店・出張所)							店舗コード*						
	口座種別																										
	口座番号																										
	フリガナ																										
	口座名義人																										

別記第 33 号様式の次に次の 2 様式を加える。

第 33 号様式の 2 (第 26 条関係)

介護保険住宅改修費支給申請(改修前)

市町村長 殿

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号											個人番号									
	フリガナ											性別		生年月日	年	月	日				
	被保険者氏名																				
	住所	郵便番号																			
電話番号																					

提 出 代 行 者 の 情 報	提出代行者の氏名											被保険者との関係				
	事務所の名称											事業所の種別				
	事業所の住所	郵便番号														
事業所の電話番号																

住 宅 改 修 の 情 報	住宅改修の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止や移動の円滑化等を目的とした床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 上記住宅改修に付帯して必要となる住宅改修													
	住宅改修を行う業者名														
	着工予定日	年	月	日	完了予定日	年	月	日							
住宅改修費見積額															

第 33 号様式の 3 (第 26 条関係)

介護保険住宅改修費支給申請(改修後)

市町村長 殿

事前申請の	被保険者番号																			
	被保険者氏名																			

提出代行者の情報	提出代行者の氏名				被保険者との関係			
	事務所の名称				事業所の種別			
	事業所の住所	郵便番号						
事業所の電話番号								

住宅改修の情報	住宅改修を行った住宅の住所	郵便番号						
	着工日	年	月	日	完了日	年	月	日
	住宅改修費実績額							
見積額から実績額で変更があった場合、その理由								

振込口座の情報	金融機関名				金融機関コード		
	金融機関支店名				店舗コード		
	口座種別						
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

別記第 34 号様式の次に次の 1 様式を加える。

高額介護(介護予防)サービス費支給申請

市町村長 殿

被保険者の情報	被保険者番号											個人番号											
	フリガナ											性別		生年月日	年			月			日		
	被保険者氏名																						
	住所	郵便番号																					
電話番号																							

提出代行者の情報	提出代行者の氏名											被保険者との関係										
	事業所の名称											事業所の種別										
	事業所の住所	郵便番号																				
事業所の電話番号																						

費世帯内で既に高額介護サービス費申請している方の情報	被保険者番号										
	被保険者氏名										

振込口座の情報	金融機関名											種別(銀行・信用金庫・信用組合)									
	金融機関コード											種別(本店・支店・出張所)									
	金融機関支店名																				
	店舗コード																				
	口座種別																				
	口座番号																				
	フリガナ																				
	口座名義人																				

別記第 35 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第 35 号様式の 2 (第 28 条関係)

介護保険負担限度額認定申請

市町村長 殿

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 本人(被保険者)が生活保護受給者もしくは世帯員全員(配偶者(世帯分離、内縁の者を含む))が市町村民税非課税であり、かつ本人(被保険者)が老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 本人(被保険者)及びその世帯員全員(配偶者(世帯分離、内縁の者を含む))が市町村民税非課税
	本人及び配偶者の預貯金額	<input type="checkbox"/> 本人の預貯金等が1,000万円以下又は夫婦の預貯金等が2,000万円以下

被保険者の情報	被保険者番号													個人番号												
	フリガナ													性別	生年月日	年	月	日								
	被保険者氏名																									
	住所	郵便番号																								
	電話番号																									
	被保険者が現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)している <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)予定 <input type="checkbox"/> ショートステイ																								
	入所(院)している介護保険施設の名称																									
介護保険施設の所在地	郵便番号																									
入所(院)年月日	年	月	日																							

提出代行者の情報	提出代行者の氏名													被保険者との関係												
	事務所の名称													事業所の種別												
	事業所の住所	郵便番号																								
事業所の電話番号																										

配偶者の情報	配偶者の有無																
	個人番号																
	フリガナ													生年月日	年	月	日
	配偶者の氏名																
	配偶者の現住所	郵便番号															
配偶者の本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	郵便番号																

預貯金等の情報	本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況													
	配偶者の市町村民税の課税状況													
	本人の基礎年金番号													
	年金の種類													
	本人の1年間の年金収入金額													
	本人の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額												
		有価証券評価概算額												
		その他(負債等)額												
	配偶者の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額												
		有価証券評価概算額												
その他(負債等)額														

附 則

この規則は、令和5年4月1日から施行する。