

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6年12月2日

鴨川市長 長谷川 孝夫

鴨川市規則第33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。

別記第4号様式中「医療保険被保険者証記号番号」を「医療保険被保険者等記号番号」に改める。

別記第5号様式中「健康保険証」を「個人番号カード」に、「医療保険被保険者証記号番号」を「医療保険被保険者等記号番号」に改める。

別記第15号様式を次のように改める。

第15号様式（第17条関係）

介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

鴨川市長

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						個人番号					
	フリガナ						生年月日	年 月 日				
	氏名						年齢	歳	性別	男・女		
	住所	〒					電話番号 ()					
	前回の要介護認定の結果等 ※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 日まで				
介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く。)	有・無	入所施設名										
		所在地	〒					電話番号 ()				

提出代行者	氏名・名称	該当に○《家族（続柄 ()）・福祉総合相談センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護医療院・その他 ()》										
		担当者名										
	住所	〒					電話番号 ()					

主治医	主治医の氏名						医療機関名					
	所在地	〒					診療科名					
		電話番号 ()										

調査希望日時等	1	いつでも良い (ただし ())									
	2	希望日がある	月	日	午前・午後						
	予定日時	月	日	午前・午後	時	頃					

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療 保 険	保険者名			保険者番 号			
	被保険者等記 号番号	記号		番号		枝番	
特定疾病名							

現況欄

別記第 15 号様式の 2 及び別記第 15 号様式の 3 中「医療保険被保険者証記号番号」を「医療保険被保険者等記号番号」に改める。

別記第 16 号様式を次のように改める。

第16号様式（第18条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

鴨川市長

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					個人番号				
	フリガナ					生年月日	年 月 日			
	氏名					年齢	歳	性別	男・女	
	住所	〒 電話番号 ()								
	前回の要介護 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 日まで			
	変更申請の理由									
介護保険施設 入所の有無 (短期入所を 除く。)	有・無	入所施設名								
		所在地	〒 電話番号 ()							

提 出 代 行 者	氏名 ・ 名称	該当に○《家族（続柄 ()）・福祉総合相談センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護医療院・その他 ()》				担当者名				
	住所	〒 電話番号 ()								

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名				
	所在地	〒				診療科名				
		電話番号 ()								

調 査 希 望 日 時 等	1	いつでも良い (ただし ())			
	2	希望日がある	月	日	午前・午後
		予定日時	月	日	午前・午後 時 頃

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療 保 険	保険者名			保険者番号			
	被保険者等記 号番号	記号		番号		枝番	
特定疾病名							

現況欄

別記第 16 号様式の 2 中「医療保険被保険者証記号番号」を「医療保険被保険者等記号番号」に改める。

別記第 18 号様式中「指定介護療養型医療施設」を「指定介護医療院」に、「医療保険被保険者証記号番号」を「医療保険被保険者等記号番号」に改める。

別記第 28 号様式を次のように改める。

第28号様式（第22条関係）

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

区分	新規・変更	被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
フリガナ	生年月日		性別
	年 月 日		男・女

居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者	
居宅介護支援事業者番号	
事業者名	事業所の所在地
	〒
	電話番号 ()
適用開始年月日（サービス利用開始年月日）	
年 月 日	
事業所を変更する場合の理由等	※ 事業所を変更する場合のみ記入してください。

<p>鴨川市長</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>被保険者 氏名</p> <p>電話番号 ()</p>

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 添付書類（契約書写し） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者番号 <input type="checkbox"/> 適用開始年月日
処理日 /	

- (注意)
- 1 この届出書は、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに鴨川市へ提出してください。
 - 2 適用開始年月日を記入の上、必ず鴨川市に届出てください。届出のない場合、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 添付書類として、居宅介護支援の提供に係る契約書の写しを添付してください。

別記第35号様式を次のように改める。

第35号様式（第28条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛て)
鴨川市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	年 月 日	性別	男・女																	
住所	電話番号 ()																			
介護保険施設の所在地及び名称	電話番号 ()																			
入所（院）年月日（※）	年 月 日	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合又はショートステイを利用している場合は記入不要です。																		
本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上の住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 上の住所と異なる。 (住所)																			
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税																			

被保険者の配偶者に関する事項																				
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左記において「無」の場合は、以下の被保険者の配偶者に関する事項については、記入不要です。																		
フリガナ		生年月日	年 月 日																	
被保険者氏名		個人番号																		
住所	電話番号 ()																			

注 配偶者には、世帯分離をしている者又は内縁関係の者を含みます。

負担段階	収入等に関する事項（非課税年金も含みます。）	預貯金額(夫婦の場合)
------	------------------------	-------------

第1段階	被保険者とその配偶者及び同一世帯全員が市町村民税非課税		生活保護受給者	1,000万円以下 (2,000万円以下)		
第2段階			課税年金収入額と合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額80万円以下の者	650万円以下 (1,650万円以下)		
第3段階 ①			課税年金収入額と合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額80万円以上120万円以下の者	550万円以下 (1,550万円以下)		
第3段階 ②			課税年金収入額と合計所得額と遺族年金(※)、障害年金の合計額が年額120万円以上の者	500万円以下 (1,500万円以下)		
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他	円

※遺族年金には、寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

申請者	住所	
	氏名	
	続柄	電話番号
※ この申請に係る決定通知書を、申請者に送付します。申請者以外の者への送付を希望する場合は、以下にその送付先を記入してください。		
送付先	住所	
	氏名	
	続柄	電話番号

- 1 被保険者とその配偶者の預貯金及びその他の資産が確認できる書類(通帳の写し等)を添付してください。
- 2 通帳の写しは、金融機関、名義人、口座番号、最終残高(最新の記帳済み)が確認できるページの写しを添付してください。
- 3 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、その全てを記入してください。
- 4 預貯金等に関する申告欄に記入しきれない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入の上、添付してください。
- 5 虚偽の申告により不正に特定入所者介護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項の規定により、支給された額及びその不正行為によって支給を受けた額の2倍に相当する額以下の金額を徴収することがあります。

市記入欄

世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税（ <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 世帯員課税）				
老齢福祉年金の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
課税年金収入	円	合計所得	円	預貯金・現金	円
遺族年金額	円	障害年金額	円	年金保険者	
負担段階	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階② <input type="checkbox"/> 4段階				

同意書

(宛て)

鴨川市長

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び預貯金の保有状況及び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、市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るために、同意書の写しを提出することに同意します。

年 月 日

(本人)

住所

氏名

(配偶者)

住所

氏名

別記第37号様式中「療養等」を「医療院等」に改める。

別記第53号様式中「平成」を削る。

別記第71号様式中「被保険者証記号番号」を「被保険者等記号番号」に改める。

別記第74号様式中「医療保険被保険者証記号番号」を「医療保険被保険者等記号番号」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。