

○長岡市介護保険条例施行規則

平成12年3月31日

規則第21号

改正 平成13年3月28日規則第17号

平成13年12月26日規則第39号

平成15年3月28日規則第12号

平成16年3月31日規則第19号

平成17年2月9日規則第2号

平成17年3月31日規則第89号

平成17年12月28日規則第158号

平成18年4月21日規則第50号

平成18年6月29日規則第56号

平成19年1月18日規則第1号

平成19年3月30日規則第40号

平成21年3月30日規則第10号

平成21年6月26日規則第23号

平成22年3月30日規則第46号

平成24年3月30日規則第23号

平成27年6月9日規則第36号

平成27年12月21日規則第49号

平成28年5月31日規則第37号

(目的)

第1条 この規則は、介護保険制度の実施について必要な事項を定めるとともに、長岡市介護保険条例（平成12年長岡市条例第10号。以下「条例」という。）第20条の規定に基づき、条例の施行について必要な事項を定めることを目的とする。

(合議体の委員数)

第2条 合議体（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第9条第1項に規定する合議体をいう。以下同じ。）を構成する委員の定数は、5人とする。

(合議体の運営)

第3条 合議体の会議は、審査会の会長が招集する。

2 合議体の長は、合議体の会議の議長として議事を整理し、合議体の事務を統括する。

3 合議体の長に事故があるとき、又は次条の規定により合議体の長が除斥されたときは、あらかじめその指名する委員がその職務を代理する。

(委員の除斥)

第4条 次の各号のいずれかに該当する委員は、合議体の会議において判定に加わることができない。ただし、当該会議に出席し、審査に当たり意見を述べることはできる。

(1) 審査及び判定の対象となっている者（以下「対象者」という。）が入院し、若しくは入所し、又は介護サービスを受けている施設等に所属する委員

(2) 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第27条第6項の規定（法の他の規定において準用される場合を含む。）により対象者の主治の医師として意見を述べた委員

(事前点検)

第5条 会長は、合議体の委員が合議体の会議の開催日前に審査及び判定のための事前点検をすることができるようにするため、あらかじめ対象者に関する資料を作成し、当該合議体の委員に送付するものとする。

2 前項の規定により作成する資料には、氏名、住所等の対象者が特定される事項は、記載しないものとする。

(意見の聴取)

第6条 合議体は、審査及び判定を行うに当たり必要があると認めるときは、対象者及びその家族並びに当該対象者の主治の医師その他関係者の意見を聴くことができる。

(会議の非公開)

第7条 審査会及び合議体の会議は、非公開とする。ただし、審査会にあつては、会長が特に認めたときは、その全部又は一部を公開することができる。

(審査会に関する記録の作成)

第8条 会長又は合議体の長は、審査会又は合議体の会議について記録を作成しなければならない。

2 前項の記録には、審査会の会議にあつては会長が、合議体の会議にあつては合議体の長が署名をしなければならない。

(審査結果の報告)

第9条 会長は、審査及び判定を行ったときは、速やかにその結果を市長に報告しなければならない。

(生活保護の被保護者に係る審査及び判定)

第10条 審査会は、長岡市社会福祉事務所長から、生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条の2の適用に当たり介護保険の被保険者でない40歳以上65歳未満の者について要介護者又は要支援者に該当するかどうか等に関し審査及び判定を求められたときは、法第27条第8項、法第32条第4項等の規定の例により審査及び判定を行い、その結果を長岡市社会福祉事務所長に通知することができる。

（居宅介護サービス費等及び介護予防サービス費等の額の特例）

第11条 法第50条に規定する居宅介護サービス費等の額の特例又は法第60条に規定する介護予防サービス費等の額の特例を受けようとする者は、当該特例を受けようとする理由を証明する書類を添えて市長に申請しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、市長は、前項の特例を受けることができる事由があることが明らかであると認められるときは、前項の規定による申請を待たないで、職権により特例の適用を決定することができる。

（保険料の減免及び徴収猶予）

第12条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合で必要があると認めるときは、条例第17条第1項の規定に基づき、保険料を減免し、又はその徴収を猶予することができる。

- (1) 第1号被保険者又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財その他の財産について著しい損害を受けた場合
- (2) 第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少した場合
- (3) 第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休止又は廃止、事業における著しい損失、失業等の理由により著しく減少した場合
- (4) 第1号被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により著しく減少した場合
- (5) 前各号に定める場合のほか、特別な事情によりその生活が著しく窮迫となった場合

2 前項の規定による保険料の減免若しくは徴収猶予又は条例第17条第2項による保険料の減額（以下「特別軽減」という。）を受けようとする者は、減免又は徴収猶予を受けようとする理由を証明する書類を添付して、市長に申請しなければならない。

3 前項の規定にかかわらず、市長は、前項に定める介護保険料の減免をすべき事由がある

ことが明らかであると認められるときは、前項の規定による申請を待たないで、職権により減免することができる。

- 4 第1項の規定による保険料の減免若しくは徴収猶予又は特別軽減を受けた者は、その理由が消滅した場合においては、直ちにその旨を市長に申し出なければならない。

(申請書等の様式)

第13条 介護保険／認定／更新認定／区分変更認定／申請書、介護保険サービスの種類指定変更申請書その他の様式は、別表に定めるところによる。

(その他)

第14条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成12年4月1日から施行する。

(長岡市・山古志村介護認定審査会規則の廃止)

- 2 長岡市・山古志村介護認定審査会規則（平成11年長岡市規則第49号）は、廃止する。

附 則（平成13年3月28日規則第17号）

この規則は、平成13年4月1日から施行する。

附 則（平成13年12月26日規則第39号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年1月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

(経過措置)

- 2 対象者の要介護認定等の有効期間の初日が施行日前である場合にあつては、利用日数は、第11条の2第1項及び第2項前段の規定にかかわらず、施行日から当該要介護認定等の有効期間の末日の属する月の末日までの期間について計算する。この場合においては、同項後段の規定を準用する。

附 則（平成15年3月28日規則第12号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成15年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の第11条の2から第11条の6の規定は、この規則の施行の日前に行われた介護者支援事業については、なおその効力を有する。

附 則（平成16年3月31日規則第19号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成17年2月9日規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成17年3月31日規則第89号）

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則（平成17年12月28日規則第158号）

この規則は、平成18年1月1日から施行する。

附 則（平成18年4月21日規則第50号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 平成18年4月1日からこの規則の施行の日までの間に、改正前の長岡市介護保険条例施行規則に定める様式（以下「旧様式」という。）により提出された届出書又は申請書は、改正後の長岡市介護保険条例施行規則に定める様式により提出された届出書又は申請書とみなす。

3 旧様式による届出書又は申請書の用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成18年6月29日規則第56号）

この規則は、公布の日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附 則（平成19年1月18日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成19年3月30日規則第40号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成21年3月30日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成21年6月26日規則第23号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成22年3月30日規則第46号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成24年3月30日規則第23号）抄

（施行期日）

1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成27年6月9日規則第36号）

（施行期日）

1 この規則は、平成27年8月1日から施行する。

（準備行為）

2 市長は、施行日前において、改正後の別記第25号様式及び別記第50号様式に係る手続のために必要な準備行為をすることができる。

附 則（平成27年12月21日規則第49号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年5月31日規則第37号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28年8月1日から施行する。

（準備行為）

2 市長は、施行日前において、改正後の別記第25号様式に係る手続のために必要な準備行為をすることができる。

別表（第13条関係）

|  |          |
|--|----------|
| 介護保険／認定／更新認定／区分変更認定／申請書  | 別記第1号様式  |
| 介護保険サービスの種類指定変更申請書   | 別記第2号様式  |
| 介護保険申請取下申出書  | 別記第3号様式  |
| 介護保険受給資格証明書  | 別記第11号様式 |
| 介護保険被保険者証交付申請書（第2号被保険者）  | 別記第12号様式 |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書   | 別記第13号様式 |
| 介護保険資格者証   | 別記第14号様式 |
| 介護保険住所地特例開始届   | 別記第15号様式 |
| 介護保険住所地特例終了届   | 別記第16号様式 |
| 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書  | 別記第17号様式 |
| 介護保険／居宅介護（介護予防）サービス費／特例居宅介護（介護予防）サービス費／居宅介護（介護予防）サービス計画費／特例居宅介護（介護予防）サービス計画費／地域密着型介護（介護予防）サービス費／特例地域密着型介護（介護予防）サービス費／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 | 別記第19号様式 |

|  |          |
|--|----------|
| 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書                       | 別記第20号様式 |
| 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書                         | 別記第21号様式 |
| 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書                         | 別記第22号様式 |
| 介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書                         | 別記第23号様式 |
| 介護保険負担限度額認定申請書                                   | 別記第25号様式 |
| 介護保険特定負担限度額認定申請書（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）    | 別記第26号様式 |
| 介護保険利用者負担額減額・免除申請書                               | 別記第27号様式 |
| 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要介護旧措置入所者に関する認定申請） | 別記第28号様式 |
| 介護保険利用者負担額減額・免除認定証                               | 別記第31号様式 |
| 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証）  | 別記第32号様式 |
| 介護保険料減免・特別軽減申請書                                  | 別記第45号様式 |
| 介護保険料（暫定賦課額）修正申出書                                | 別記第48号様式 |
| 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書                              | 別記第49号様式 |
| 介護保険基準収入額適用申請書                                   | 別記第50号様式 |

別記第1号様式

介護保険〔認定・更新認定・区分変更認定〕申請書

|                                  |    |   |   |
|----------------------------------|----|---|---|
| 長岡市長 様<br>次のとおり被保険者証を添付の上、申請します。 |    | 申請年月日   | 年 月 日   |
| 申請者                              | 氏名 | 本人との関係  | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族<br><input type="checkbox"/> 代理人 |
|                                  | 住所 | ※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<br>〒 _____<br>電話番号 _____             |   |
| 提出代行者住所及び名称                      |    | 該当に○〔地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その他〕 | 印<br>電話番号 _____   |

|                  |  |   |         |             |
|------------------|--|---|---------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被 保 険 者 番 号                              | _____   | 個 人 番 号 | _____       |
|                  | フリガナ                                     | _____   | 生年月日    | 明・大・昭 年 月 日 |
|                  | 氏 名                                      | _____   | 性 別     | 男 ・ 女       |
|                  | 住 所                                      | 〒 _____<br>電話番号 _____   |         |             |
|                  | 現在の要介護状態区分等<br>(更新認定申請及び区分変更認定申請の場合のみ記入) | 要介護状態区分 1 2 3 4 5    要支援状態区分 1 2<br>有効期間 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日まで |         |             |
|                  | 区分変更認定申請の理由                              | _____   |         |             |
|                  | 介護保険施設又はその他施設の入院・入所の有無<br>(短期入所を除く。)     | 施設所在地及び入院・入所施設名<br>_____  |         |             |

|       |        |                       |       |       |
|-------|--------|-----------------------|-------|-------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | _____                 | 医療機関名 | _____ |
|       | 所在地    | 〒 _____<br>電話番号 _____ |       |       |

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見を居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター（介護予防支援事業者）に提示することに同意します。また、介護認定審査会による判定結果（要介護状態区分等）を主治医意見を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

第2号様式

介護保険サービスの種類指定変更申請書

|                                  |    |  |   |
|----------------------------------|----|--|---|
| 長岡市長 様<br>次のとおり被保険者証を添付の上、申請します。 |    | 申請年月日  | 年 月 日   |
| 申請者                              | 氏名 | 本人との関係   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族<br><input type="checkbox"/> 代理人 |
|                                  | 住所 | ※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<br>〒 _____<br>電話番号 _____  |   |
| 提出代行者住所及び名称                      |    | 該当に○〔地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設〕<br>〔介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その他〕<br>〒 _____ 印<br>電話番号 _____ |   |

|  |             |   |      |             |
|--|-------------|---|------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者                                   | 被保険者番号      | _____   | 個人番号 | _____       |
|  | フリガナ        | _____   | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
|  | 氏名          | _____   | 性別   | 男 ・ 女       |
|  | 住所          | 〒 _____<br>電話番号 _____   |      |             |
|  | 現在の要介護状態区分等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5    要支援状態区分 1 2<br>有効期間 _____年 月 日 から _____年 月 日まで |      |             |
| 新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求め<br>る旨 |             |   |      |             |
| 種類指定変更理由   |             |   |      |             |

|       |        |                       |       |       |
|-------|--------|-----------------------|-------|-------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | _____                 | 医療機関名 | _____ |
|       | 所在地    | 〒 _____<br>電話番号 _____ |       |       |

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・要支援認定に係る調査内容、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又は地域包括支援センター（介護予防支援事業者）に提示することに同意します。また、介護認定審査会による判定結果（要介護状態区分等）を主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

第3号様式

介護保険申請取下申出書

年 月 日

長岡市長 様

次のとおり取下げを申し出ます。

|                |   |   |        |   |
|----------------|---|---|--------|---|
| 申請者            | 氏名  |   | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族<br><input type="checkbox"/> 代理人 |
|                | 住所  | ※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<br>〒<br>電話番号 |        |   |
| 提出代行者<br>住所・名称 | 該当に○<br>(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その他)<br>〒<br>電話番号 |   |        |   |

|                  |                |                   |       |       |
|------------------|----------------|-------------------|-------|-------|
| 取下げをする<br>申請書    |                | 取下げをする<br>申請書の申請日 | 年 月 日 |       |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者<br>番号     |                   |       |       |
|                  | 氏 名            | 性 別               |       | 男 ・ 女 |
|                  |                | 生年月日              | 年 月 日 |       |
| 住 所              | 〒<br>電話番号( ) ー |                   |       |       |

取下理由(該当する番号に○を付けてください。)

1 市外転出

2 死 亡

3 その他(理由: )

第 11 号様式

介護保険受給資格証明書

|   |                |                                 |  |                   |     |     |  |
|---|----------------|---------------------------------|--|-------------------|-----|-----|--|
| 被<br>保<br>険<br>者  | 番 号            | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |                   |     |     |  |
|   | フリガナ<br>氏 名    | -----                           |  |                   |     |     |  |
|   | 生 年 月 日        | 年 月 日                           |  |                   |     | 男・女 |  |
|   | 住 所<br>(転出先予定) | ( )                             |  |                   |     |     |  |
|   | 異 動 予 定 日      | 年 月 日                           |  |                   |     |     |  |
| <p>上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p style="text-align: center;">長岡市長</p> <p style="text-align: right;">[印]</p> |                |                                 |  |                   |     |     |  |
| 認 定 済・申 請 中   |                |                                 |  | 申請年月日             | . . |     |  |
| 要 介 護 状 態 区 分   |                |                                 |  | 認定年月日             | . . |     |  |
| 認 定 の 有 効 期 間   |                |                                 |  | 年 月 日から 年 月 日まで有効 |     |     |  |
| 利用者の負担割合<br>(住所移転前の負担割合)  |                |                                 |  | 割 ( )             |     |     |  |
| 認 定 審 査 会<br>の 意 見 等  |                |                                 |  |                   |     |     |  |
| 備 考   |                |                                 |  |                   |     |     |  |

#### 注意事項

- 1 この受給資格証明書は、介護保険法第36条の規定に基づき、転出先の市町村であらためて認定調査等を受けることなく認定を受けることが可能となるように長岡市が交付したもので、被保険者証ではありません。したがって、この証で介護保険の保険給付を受けることはできません。
- 2 住所を異動した先の市町村が新たに介護保険の保険者となり、あなたはその市町村の介護保険の被保険者となります。
- 3 住所を異動した際は、直ちにその市町村の窓口で転入の届出をし、必ずこの証を提出して要介護認定・要支援認定の申請をしてください。
- 4 あなたが、住所を異動した日から14日を過ぎますと、この証明書は無効となりますので十分に注意してください。
- 5 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、介護保険の保険給付が一部受けられなくなることがありますので、十分に注意してください。



第13号様式

介護保険被保険者証等再交付申請書

長岡市長様

次のとおり申請します。

太ワク線内に記入してください。

|                              |   |       |               |          |       |
|------------------------------|---|-------|---------------|----------|-------|
|                              |   | 申請年月日 | 年             | 月        | 日     |
| 申請者氏名                        |   |       | 被保険者との関係      |          |       |
| 申請者住所                        | 〒   |       | 電話番号          |          |       |
| 委任通知書                        | 次の者に申請事務を委任します。   |       | 委任者（被保険者） ㊦   |          |       |
|                              | 代理人氏名   |       |               | 被保険者との関係 |       |
|                              | 代理人住所   | 〒     |               | 電話番号     |       |
| 被保険者番号                       |   |       |               |          |       |
| 個人番号                         |   |       |               |          |       |
| フリガナ                         |   |       | 生             | 明        | 年 月 日 |
| 被保険者氏名                       |   |       | 年 月 日         | 昭        | 男・女   |
| 住所                           | 〒   |       | 電話番号          |          |       |
| 再交付する証明書                     | 1 介護保険被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 負担限度額認定証<br>5 利用者負担額減額・免除認定証<br>6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証<br>7 介護保険負担割合証<br>8 その他 ( ) |       |               |          |       |
|                              | 申請の理由<br>1 紛失・焼失    2 破損・汚損    3 未着<br>4 その他 ( )  |       |               |          |       |
| 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 |          |       |
| 介護保険課処理欄                     |   |       | 証発行           | 審査       |       |
|                              |   |       |               |          |       |

介護保険資格者証

|                      |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|---------|--|----------|--|--|--|--|--|--|
| 有効期限                 |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者     | 被保険者番号  |  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      | 住 所     |  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      | フリガナ    |  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      | 氏 名     |  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      | 生 年 月 日 | 年 月 日  | 性別 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |
| 交付年月日                |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
| 要介護状態区分等             |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
| 認定年月日                |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
| 認定の有効期間              |         | ～  |          |  |  |  |  |  |  |
| 訪問通所(通院)サービス         |         | 区分支給限度基準額  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         | 1月当たり ～  |          |  |  |  |  |  |  |
| (うち種類支給限度基準額)        | サービスの種類 | 種類支給限度基準額  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
| 短期入所サービス             |         | 区分支給限度基準額  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         | ～  |          |  |  |  |  |  |  |
| 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 |         |  |          |  |  |  |  |  |  |
| 給 付 制 限              | 内 容     | 期 間  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         | 開始年月日<br>終了年月日   |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         | 開始年月日<br>終了年月日   |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         | 開始年月日<br>終了年月日   |          |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業者及び事業所の名称    |         | 届出年月日  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         | 届出年月日  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         | 届出年月日  |          |  |  |  |  |  |  |
| 介 護 保 険 施 設 等        | 種 類     | 入所年月日  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      | 名 称     | 入院<br>退所<br>退院年月日  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      | 種 類     | 入所年月日  |          |  |  |  |  |  |  |
|                      | 名 称     | 入院<br>退所<br>退院年月日  |          |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印    |         | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">長岡市 <span style="margin-left: 50px;">印</span></p> |          |  |  |  |  |  |  |
|                      |         |  |          |  |  |  |  |  |  |

#### 注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 2 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。
- 3 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へ提出してください。
- 4 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へ提出してください。
- 5 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する60日前から30日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。
- 6 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へ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市町村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、市町村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、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 7 居宅サービス等には、保険給付の限度額が設定されます。
- 8 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ぬ）。
- 9 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市町村が定める割合又は市町村が定める額（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。
- 10 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。
- 11 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 12 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 13 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。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を3割とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

介護保険住所地特例開始届

長岡市長様

次のとおり住所地特例の開始について届け出ます。

太ワク線内に記入してください。

|       |   |       |          |   |   |   |
|-------|---|-------|----------|---|---|---|
|       |   | 届出年月日 | 轉        | 年 | 月 | 日 |
| 届出者氏名 |   |       | 被保険者との関係 |   |   |   |
| 届出者住所 | 〒 |       | 電話番号     |   |   |   |

|                  |            |     |  |       |       |       |                  |             |   |   |   |     |
|------------------|------------|-----|--|-------|-------|-------|------------------|-------------|---|---|---|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号     |     |  |       |       |       |                  |             |   |   |   |     |
|                  | 個人番号       |     |  |       |       |       |                  |             |   |   |   |     |
|                  | フリガナ       |     |  |       |       |       | 生<br>年<br>月<br>日 | 明<br>大<br>昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|                  | 氏名         |     |  |       |       |       | 生<br>年<br>月<br>日 | 明<br>大<br>昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|                  | いままでの住所    | 〒   |  |       |       |       | 電話番号             |             |   |   |   |     |
|                  |            | 施設名 |  |       | 退所年月日 |       | 年 月 日            |             |   |   |   |     |
|                  | フリガナ       |     |  |       |       |       | 生<br>年<br>月<br>日 | 明<br>大<br>昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|                  | 新住所での世帯主氏名 |     |  |       |       |       | 生<br>年<br>月<br>日 | 明<br>大<br>昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|                  | 世帯主との続柄    |     |  |       |       |       |                  |             |   |   |   |     |
|                  | これからの住所    | 〒   |  |       |       |       | 電話番号             |             |   |   |   |     |
|                  | 施設名        |     |  | 入所年月日 |       | 年 月 日 |                  |             |   |   |   |     |

介護保険課処理欄

|       |      |                 |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|-------|------|-----------------|--|---|--|---|--|---|--|----|-----|-----|
| 開始年月日 |      | 轉               |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 入所 | 変更1 | 変更2 |
| 轉年月日  |      | 轉               |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |    |     |     |
| 1次審査  | 2次審査 |                 |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 被保険者証回収         |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 資格者証発行          |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 転出届受理           |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 他市町村住所地特例者連絡票受理 |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 施設入所連絡票受理       |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 施設退所連絡票受理       |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 施設退所通知受理        |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 施設変更通知受理        |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |
|       |      | 被保険者証発行         |  |   |  |   |  |   |  |    |     |     |

介護保険住所地特例終了届

長岡市長様

次のとおり住所地特例の終了について届け出ます。

太ワク線内に記入してください。

|       |           |       |          |   |   |
|-------|-----------|-------|----------|---|---|
|       |           | 届出年月日 | 年        | 月 | 日 |
| 届出者氏名 |           |       | 被保険者との関係 |   |   |
| 届出者住所 | 〒<br>電話番号 |       |          |   |   |

|                  |            |             |  |  |  |                  |             |   |   |   |     |
|------------------|------------|-------------|--|--|--|------------------|-------------|---|---|---|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号     |             |  |  |  |                  |             |   |   |   |     |
|                  | 個人番号       |             |  |  |  |                  |             |   |   |   |     |
|                  | フリガナ       |             |  |  |  | 生<br>年<br>月<br>日 | 明<br>大<br>昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|                  | 氏名         |             |  |  |  | 生<br>年<br>月<br>日 | 明<br>大<br>昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|                  | いままでの住所    | 〒<br>電話番号   |  |  |  |                  |             |   |   |   |     |
|                  |            | 施設名         |  |  |  | 退所年月日 年 月 日      |             |   |   |   |     |
|                  | これからの住所    | 長岡市<br>電話番号 |  |  |  |                  |             |   |   |   |     |
|                  | フリガナ       |             |  |  |  | 生<br>年<br>月<br>日 | 明<br>大<br>昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
|                  | 新住所での世帯主氏名 |             |  |  |  |                  |             |   |   |   |     |
|                  | 世帯主との続柄    |             |  |  |  |                  |             |   |   |   |     |

介護保険課処理欄

|       |
|-------|
| 終了年月日 |
| 年 月 日 |
| 年 月 日 |

|      |      |
|------|------|
| 1次審査 | 2次審査 |
|      |      |

|           |  |
|-----------|--|
| 被保険者証回収   |  |
| 資格者証発行    |  |
| 転入届受理     |  |
| 施設退所通知受理  |  |
| 施設退所連絡票受理 |  |
| 被保険者証発行   |  |

居宅（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  |
|   |   | 明・大・昭 年 月 日 | 男・女 |
| 居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する事業者                      |   |             |     |
| 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事由等                                    | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。  |             |     |
|   |   |             |     |
|   | 変更年月日<br>( 年 月 日付)  |             |     |
| 長岡市長様   |   |             |     |
| 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼することを届け出ます。 |   |             |     |
| 平成 年 月 日  |   |             |     |
| 住所  |   | 電話番号 ( )    |     |
| 被保険者  |   |             |     |
| 氏名  |   | 印           |     |
| 保険者確認欄  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 居宅介護（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、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼する事業所が決まったときに、速やかに長岡市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず長岡市に届け出てください。届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。

第19号様式

居宅介護（介護予防）サービス費  
 特例居宅介護（介護予防）サービス費  
 居宅介護（介護予防）サービス計画費  
 介護保険 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費 支給申請書  
 地域密着型介護（介護予防）サービス費  
 特例地域密着型介護（介護予防）サービス費  
 施設介護サービス費  
 特例施設介護サービス費  
 （ 年 月分）

|   |       |   |        |    |    |     |  |  |  |  |      |  |  |
|---|-------|---|--------|----|----|-----|--|--|--|--|------|--|--|
| フリガナ  |       |   | 被保険者番号 |    |    |     |  |  |  |  |      |  |  |
| 被保険者氏名  |       |   | 個人番号   |    |    |     |  |  |  |  |      |  |  |
| 生年月日  | 明・大・昭 | 年 | 月      | 日生 | 性別 | 男・女 |  |  |  |  |      |  |  |
| 住所  | 〒     |   |        |    |    |     |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |
| 支払金額合計  | 円     |   |        |    |    |     |  |  |  |  |      |  |  |
| 申請理由  |       |   |        |    |    |     |  |  |  |  |      |  |  |
| 長岡市長様<br>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費 特例居宅介護（介護予防）サービス費 居宅介護（介護予防）サービス計画費 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費 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 施設介護サービス費 特例施設介護サービス費の支給を申請します。<br>年 月 日<br>申請者 住所<br>氏名 電話番号 |       |   |        |    |    |     |  |  |  |  |      |  |  |

注意・この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護（介護予防）支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

※ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号5桁・口座番号8桁をゆうちょ銀行欄に記入します。

|                      |   |      |       |      |      |                      |  |       |       |
|----------------------|---|------|-------|------|------|----------------------|--|-------|-------|
| 金融機関名<br>(ゆうちょ銀行除く。) | 銀行<br>金庫<br>農協<br>組合                      | 支店   | 預金の種類 | 口座番号 |      |                      |  | 口座名義人 |       |
|                      |   |      | 1 普通  |      |      |                      |  | フリガナ  |       |
|                      |   |      | 2 当座  |      |      |                      |  |       |       |
| ゆうちょ銀行               | 貯金の種類                                     | 通帳記号 |       |      | 口座番号 |                      |  |       | 口座名義人 |
|                      | 通常  | の    |       |      |      |                      |  |       | フリガナ  |
| 委任状                  | 受任者住所                                     |      |       |      |      | 受任者氏名<br>(口座名義人と同じ。) |  |       |       |
|                      | 支給金額の受領を上記の者に委任します。 年 月 日<br>委任者（申請者と同じ。） |      |       |      |      |                      |  |       |       |

長岡市記入欄

| 区分        | 保険料納付状況                      | 領収書<br>確認欄 | サービス提供証<br>明書確認欄 | 負担割合 | 割 |
|-----------|------------------------------|------------|------------------|------|---|
| 1 一般      | 未納保険料<br>有・無<br>滞納保険料<br>有・無 |            |                  | 備考   |   |
| 2 支払方法の変更 |                              |            |                  |      |   |
| 3 給付額減額   |                              |            |                  |      |   |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|   |        |       |      |        |       |    |     |  |  |  |  |  |  |
|---|--------|-------|------|--------|-------|----|-----|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ  |        |       |      | 被保険者番号 |       |    |     |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名  |        |       |      | 個人番号   |       |    |     |  |  |  |  |  |  |
|   | 生年月日   | 明・大・昭 | 年    | 月      | 日生    | 性別 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 住所  | 〒      |       |      |        |       |    |     |  |  |  |  |  |  |
| 種目  | 製造事業者名 |       | 購入金額 |        | 購入日   |    |     |  |  |  |  |  |  |
| 商品名   | 販売事業者名 |       |      |        |       |    |     |  |  |  |  |  |  |
|   |        |       | 円    |        | 年 月 日 |    |     |  |  |  |  |  |  |
|   |        |       | 円    |        | 年 月 日 |    |     |  |  |  |  |  |  |
|   |        |       | 円    |        | 年 月 日 |    |     |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具が必要な理由  |        |       |      |        |       |    |     |  |  |  |  |  |  |
| 長岡市長様<br>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。<br>年 月 日<br>申請者 住所<br>氏名 電話番号 |        |       |      |        |       |    |     |  |  |  |  |  |  |

添付書類 ○領収証 ○福祉用具のパフレット等

○利用者の状態像を確認できる文書（特殊尿器（便を吸引できるもの）を購入する場合のみ）

※「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、裏面に記載して下さい。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

※ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号5桁・口座番号8桁をゆうちょ銀行欄に記入します。

|                      |                                     |      |       |  |                      |  |  |  |       |      |
|----------------------|-------------------------------------|------|-------|--|----------------------|--|--|--|-------|------|
| 金融機関名<br>(ゆうちょ銀行除く。) | 銀行<br>金庫<br>農協<br>組合                | 支店   | 預金の種類 |  | 口座番号                 |  |  |  | 口座名義人 |      |
|                      |                                     |      | 1 普通  |  |                      |  |  |  |       |      |
|                      |                                     |      | 2 当座  |  |                      |  |  |  |       |      |
| ゆうちょ銀行               | 貯金の種類                               | 通帳記号 |       |  | 口座番号                 |  |  |  | 口座名義人 |      |
|                      | 通常                                  |      |       |  |                      |  |  |  |       | フリガナ |
| 委任状                  | 受任者住所                               |      |       |  | 受任者氏名<br>(口座名義人と同じ。) |  |  |  |       |      |
|                      | 支給金額の受領を上記の者に委任します。<br>委任者（申請者と同じ。） |      | 年 月 日 |  | ㊟                    |  |  |  |       |      |

長岡市記入欄

| 要介護区分               | 支給履歴 |   |        | 支給対象額 | 支給額 |
|---------------------|------|---|--------|-------|-----|
| 居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所 | 無    | 有 | 購入年月日  |       |     |
|                     |      |   | 福祉用具名  |       |     |
|                     |      |   | 購入金額   | 円     |     |
|                     |      |   | 支給対象残額 | 円     | 円   |

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

|  |           |   |        |    |    |     |  |
|--|-----------|---|--------|----|----|-----|--|
| フリガナ   |           |   | 被保険者番号 |    |    |     |  |
| 被保険者氏名   |           |   | 個人番号   |    |    |     |  |
| 生年月日   | 明・大・昭     | 年 | 月      | 日生 | 性別 | 男・女 |  |
| 住所   | 〒         |   |        |    |    |     |  |
| 住宅の所有者   | 本人との関係（ ） |   |        |    |    |     |  |
| 改修の内容・箇所及び規模   |           |   | 業者名    |    |    |     |  |
|  |           |   | 着工日    | 年  | 月  | 日   |  |
|  |           |   | 完成日    | 年  | 月  | 日   |  |
| 改修費用   | 円         |   |        |    |    |     |  |
| 長岡市長 様<br>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。<br>年 月 日<br>申請者 住所<br>氏名 電話番号 |           |   |        |    |    |     |  |

添付書類 ○領収書及び内訳書 ○改修後の写真

居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

※ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号5桁・口座番号8桁をゆうちょ銀行欄に記入します。

|                      |   |                      |       |      |  |  |  |       |
|----------------------|---|----------------------|-------|------|--|--|--|-------|
| 金融機関名<br>(ゆうちょ銀行除く。) | 銀行<br>金庫<br>農協<br>組合                      | 支店                   | 預金の種類 | 口座番号 |  |  |  | 口座名義人 |
|                      |   |                      | 1 普通  |      |  |  |  | フリガナ  |
|                      |   |                      | 2 当座  |      |  |  |  |       |
| ゆうちょ銀行               | 貯金の種類                                     | 通帳記号                 |       | 口座番号 |  |  |  | 口座名義人 |
|                      | 通常  | の                    |       |      |  |  |  | フリガナ  |
| 委任状                  | 受任者住所                                     | 受任者氏名<br>(口座名義人と同じ。) |       |      |  |  |  |       |
|                      | 支給金額の受領を上記の者に委任します。 年 月 日<br>委任者（申請者と同じ。） |                      |       |      |  |  |  | ㊟     |

長岡市記入欄

| 要介護区分 | 支給履歴 |   |         | 支給対象額 |
|-------|------|---|---------|-------|
|       | 無    | 有 | 改修年月日   | 円     |
|       |      |   | 要介護区分   |       |
|       |      |   | 住 所 地   |       |
|       |      |   | 改 修 内 容 |       |
|       |      |   | 支給対象額   |       |
|       |      |   | 支給対象残額  | 円     |

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書  
（ 年 月）

|   |              |        |     |                          |  |
|---|--------------|--------|-----|--------------------------|--|
| フリガナ  |              | 被保険者番号 |     |                          |  |
| 被保険者氏名  |              | 個人番号   |     |                          |  |
| 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日生 | 性別     | 男・女 |                          |  |
| 住所  | 〒            |        |     |                          |  |
|   | 氏名           | 生年月日   | 性別  | 被保険者番号<br>(介護保険の被保険者の場合) |  |
| 世帯構成<br>(本人を含む。)  | 世帯主          | 年 月 日生 | 男・女 |                          |  |
|   | 世帯員          | 年 月 日生 | 男・女 |                          |  |
|   |              | 年 月 日生 | 男・女 |                          |  |
|   |              | 年 月 日生 | 男・女 |                          |  |
|   |              | 年 月 日生 | 男・女 |                          |  |
| 長岡市長 様<br>上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。<br>また、申請内容の審査に当たり、担当職員が私の世帯構成及び所得状況等を確認することに同意します。<br>年 月 日<br>申請者 住所 氏名 電話番号 |              |        |     |                          |  |

注意 ・今回の申請に対する決定以後、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合は、申請手続は、不要となります。  
 また、特に申出のない限り、今回申請した指定口座に振り込まれます。  
 ・給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。  
 ・食費及び居住費（滞在費）等は、支給対象ではありません。  
 高額介護（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。  
 ※ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号5桁・口座番号8桁をゆうちょ銀行欄に記入します。

|                      |   |                      |      |      |       |
|----------------------|---|----------------------|------|------|-------|
| 金融機関名<br>(ゆうちょ銀行除く。) | 銀行<br>金庫<br>農協<br>組合<br>支店                | 預金の種類                | 口座番号 |      | 口座名義人 |
|                      |   | 1 普通                 |      |      | フリガナ  |
|                      |   | 2 当座                 |      |      |       |
| ゆうちょ銀行               | 貯金の種類                                     | 通帳記号                 |      | 口座番号 | 口座名義人 |
|                      | 通常  | の                    |      |      | フリガナ  |
| 委任状                  | 受任者住所                                     | 受任者氏名<br>(口座名義人と同じ。) |      |      |       |
|                      | 支給金額の受領を上記の者に委任します。 年 月 日<br>委任者（申請者と同じ。） |                      |      |      |       |

長岡市記入欄

|        |        |      |     |            |
|--------|--------|------|-----|------------|
| 区分     | 給付制限状況 | 所得分布 | 上限額 |            |
| 1 単独   | 1 有    |      |     |            |
| 2 合算   | 2 無    |      |     |            |
| 世帯集約番号 | 給付割合   |      |     |            |
|        |        |      |     | 施設（特・老）・居宅 |

第23号様式

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書  
( 年 月分)

|   |        |        |                              |       |  |  |  |
|---|--------|--------|------------------------------|-------|--|--|--|
| フリガナ  |        |        | 被保険者番号                       |       |  |  |  |
| 被保険者氏名  |        |        | 個人番号                         |       |  |  |  |
| 生年月日  | 明・大・昭  | 年 月 日生 | 性別                           | 男・女   |  |  |  |
| 住 所   | 〒      |        | 電話番号                         |       |  |  |  |
| 支払った負担限度額等  | 支払った期間 |        | 年 月 日から 年 月 日まで<br>支払額 ( 日間) |       |  |  |  |
| 食事の提供等を受けた介護保険施設の所在地及び名称  | 所在地 〒  |        | 名称 電話番号                      |       |  |  |  |
| 既に負担限度額認定証等の交付を受けている方のみ記入   | 交付年月日  | 年 月 日  | 適用年月日                        | 年 月 日 |  |  |  |
| 認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由  |        |        |                              |       |  |  |  |
| 長岡市長様<br>上記のとおり、関係書類を添えて食事・居住費に係る負担限度額・特定負担限度額差額の支給を申請します。<br>年 月 日<br>申請者 住 所 氏 名 電話番号 |        |        |                              |       |  |  |  |

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

※ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号5桁・口座番号8桁をゆうちょ銀行欄に記入します。

|                      |                                     |      |       |                      |   |       |
|----------------------|-------------------------------------|------|-------|----------------------|---|-------|
| 金融機関名<br>(ゆうちょ銀行除く。) | 銀行<br>金庫<br>農協<br>組合                | 支店   | 預金の種類 | 口座番号                 |   | 口座名義人 |
|                      |                                     |      | 1 普通  |                      |   | フリガナ  |
|                      |                                     |      | 2 当座  |                      |   |       |
| ゆうちょ銀行               | 貯金の種類                               | 通帳記号 |       | 口座番号                 |   | 口座名義人 |
|                      | 通常                                  | の    |       |                      |   | フリガナ  |
| 委任状                  | 受任者住所                               |      |       | 受任者氏名<br>(口座名義人と同じ。) |   |       |
|                      | 支給金額の受領を上記の者に委任します。<br>委任者(申請者と同じ。) |      | 年 月 日 |                      | ㊟ |       |

長岡市記入欄

|            |      |   |
|------------|------|---|
| 領収証<br>確認欄 | 負担割合 | 割 |
|            | 備 考  |   |
|            |      |   |

長岡市長 様

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。

|       |        |
|-------|--------|
| 申請者氏名 | 本人との関係 |
| 申請者住所 | 連絡先    |

|                          |                 |  |       |
|--------------------------|-----------------|--|-------|
| フリガナ                     |                 | 被保険者番号   |       |
| 被保険者氏名                   | ①               | 個人番号   |       |
|                          |                 | 性別   | 男 ・ 女 |
| 生年月日                     | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 |  |       |
| 住所                       | 連絡先             |  |       |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 連絡先             |  |       |
| 入所(院)年月日(※)              | 昭・平 年 月 日       | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及ショートステイを利用している場合は、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  | 生年月日                                      | 明・大・昭 年 月 日 |
|                            | 氏名    | 個人番号                                      |             |
|                            |       | 市町村民課税状況                                  | 課税 ・ 非課税    |
|                            | 住所    | 連絡先                                       |             |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記入) |       |   |             |

|           |                          |  |
|-----------|--------------------------|--|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者   |
|           | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。<br>(受給している年金に〇して下さい)<br>※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 |
|           | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。<br>(受給している年金に〇して下さい)  |

◎裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

長岡市記入欄

下記のとおり決定します。

|       |         |               |          |                |
|-------|---------|---------------|----------|----------------|
| 交付年月日 | 年 月 日   | 要介護区分         | 要支援(1・2) | 要介護(1・2・3・4・5) |
| 承認    | 適用年月日   | (所得分布の状況等を記入) |          |                |
|       | 年 月 日から |               |          |                |
|       | 有効期限    |               |          |                |
|       | 年 月 日まで |               |          |                |
| 却下    |         |               |          |                |

(表面)

(表面からの続き)

○ 預貯金等に関する申告

|                          |   |           |           |       |       |
|--------------------------|---|-----------|-----------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。<br>※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは、別添のとおり |           |           |       |       |
|                          | 本人<br>(被保険者)  | 種類        | 金融機関及び支店名 | 預貯金額  |       |
|                          |   | 預貯金       | 有・無       |       | 円     |
|                          |   | 有価証券等     | 有・無       | 種類    | 評価概算額 |
|                          |   |           |           | 円     |       |
|                          | その他<br>(現金・負債等)   | 有・無       | 種類        | 金額    |       |
|                          |   |           |           | 円     |       |
| 配偶者                      | 種類  | 金融機関及び支店名 | 預貯金額      |       |       |
|                          | 預貯金   | 有・無       |           | 円     |       |
|                          | 有価証券等   | 有・無       | 種類        | 評価概算額 |       |
|                          |   |           |           | 円     |       |
|                          | その他<br>(現金・負債等)   | 有・無       | 種類        | 金額    |       |
|                          |   |           |           | 円     |       |
| 合計                       |   |           |           | 円     |       |

(注意事項)

- この申告書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入してください。
- 書き切れない場合は、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。
- 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項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

○ 必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

- ・預貯金(普通・定期)…通帳の写し(銀行名・支店名・名義・最終残高(2か月前まで)の分かる部分)
- ・有価証券(株式・国債など)…証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債(借入金・住宅ローンなど)…借用書など

同意書

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、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。)の課税状況並びに保有する預貯金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、貴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て構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

㊟

<配偶者>

住所

氏名

㊟

(裏面)

介護保険特定負担限度額認定申請書  
(特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請)

|   |   |         |      |       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---------|------|-------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名  | 被保険者番号  |         |      |       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 個人番号  |         |      |       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日  | 年 月 日生  |         | 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   |         |      |       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定負担限度額申請事由   | 1 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下のもの等<br>2 市民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの<br>3 その他 ( ) |         |      |       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 長岡市長様<br>上記のとおり食事・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。また、申請内容の審査に当たり、担当職員が私の世帯構成及び所得状況等を確認することに同意します。<br>年 月 日<br>住所<br>申請者<br>氏名 |   |         |      |       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |         |      |       |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

長岡市記入欄

|         |               |  |
|---------|---------------|--|
| 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 | 要介護区分         |  |

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

|  |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名   |        | 被保険者番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |        | 個人番号   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 年 月 日生 | 性別     | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所  | 〒 電話番号 |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額減<br>免申請理由   |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>長岡市長様</p> <p>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。また、申請内容の審査に当たり、担当職員が私の世帯構成及び所得状況等を確認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> |        |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

長岡市記入欄

|         |               |  |
|---------|---------------|--|
| 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 | 要介護区分         |  |

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特定要介護旧措置入所者に関する認定申請)

|  |            |         |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------|---------|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名   | 被保険者番号     |         |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個人番号       |         |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 年 月 日生     |         | 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 する<br>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      |         |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>長岡市長様</p> <p>上記のとおり、特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除を申請します。また、申請内容の審査に当たり、担当職員が私の世帯構成及び所得状況等を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: center;">㊟</p> |            |         |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

長岡市記入欄

| 交付年月日   | 備 考   |  |
|---------|-------|--|
| 年 月 日   |       |  |
| 適用年月日   |       |  |
| 年 月 日から |       |  |
| 有効期限    |       |  |
| 年 月 日まで |       |  |
|         | 要介護区分 |  |

介護保険利用者負担額減額・免除認定証

(表面)

(裏面)

|                          |   |        |   |   |   |   |   |
|--------------------------|---|--------|---|---|---|---|---|
| 介護保険利用者負担額減額・免除認定証       |   |        |   |   |   |   |   |
| 交付年月日                    |   |        |   |   |   |   |   |
| 被<br>保<br>険<br>者         | 番 号   |        |   |   |   |   |   |
|                          | 住 所   |        |   |   |   |   |   |
|                          | フリガナ  |        |   |   |   |   |   |
|                          | 氏 名   |        |   |   |   |   |   |
|                          | 生年月日  | 性別 男・女 |   |   |   |   |   |
| 適用年月日                    |   |        |   |   |   |   |   |
| 有効期限                     |   |        |   |   |   |   |   |
| 減額・免除<br>認定事項            |   |        |   |   |   |   |   |
| 保険者番号並び<br>に保険者名称及<br>び印 | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>長岡市</p> | 1      | 5 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| 1                        | 5   | 2      | 0 | 2 | 5 |   |   |

注 意 事 項

一 介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。

二 介護サービスの受け手となるに要する費用は、介護費用（入院又は入所時の居住又は滞在に要する費用及び食事に関する費用を除く。）から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。

三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を長岡市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 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、長岡市にその旨を届け出てください。

五 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。

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)

(表面)

|   |   |         |  |  |  |  |  |
|---|---|---------|--|--|--|--|--|
| 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証<br>(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) |   |         |  |  |  |  |  |
| 交付年月日   |   |         |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                    | 番 号   |         |  |  |  |  |  |
|   | 住 所   |         |  |  |  |  |  |
|   | フリガナ  |         |  |  |  |  |  |
|   | 氏 名   |         |  |  |  |  |  |
|   | 生年月日  | 性 別 男・女 |  |  |  |  |  |
|   | 適用年月日   |         |  |  |  |  |  |
| 減額・免除等認定事項  |   |         |  |  |  |  |  |
| 保 険 者 番 号<br>並 び に 保 険 者<br>名 称 及 び 印               | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> 長岡市 |         |  |  |  |  |  |
|   |   |         |  |  |  |  |  |

(裏面)

|                  |   |
|------------------|---|
| 注<br>意<br>事<br>項 | <p>一 特別養護老人ホームから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受けるときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口へ提出してください。</p> <p>二 前号に規定するサービスを受けるときに支払う金額は、介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、介護保険特定負担限度額認定証によって前号に規定するサービス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、当該介護保険特定負担限度額認定証に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。</p> <p>三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定証の有効期限に至ったとき、又は特別養護老人ホームを退所したとき(引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。)は、遅滞なく、この証を長岡市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 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、長岡市にその旨を届け出てください。</p> <p>五 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> |
|------------------|---|

介護保険料減免・特別軽減申請書

長岡市長様

年 月 日

次のとおり 年度分介護保険料の（減免・特別軽減）を申請します。

なお、保険料減免または特別軽減の決定のために必要があるときは、世帯全員の課税状況について、長岡市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

(電話 局 番)

|                                       |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
|---------------------------------------|--------|---------|----|--------------|--|--|-------------|--|------|-------|---|--|---|--|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                      | 被保険者番号 |         |    |              |  |  |             |  | 個人番号 |       |   |  |   |  |   |  |
|                                       | フリガナ   |         |    |              |  |  |             |  | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|                                       | 氏名     |         |    |              |  |  |             |  | 性別   | 男・女   |   |  |   |  |   |  |
|                                       | 住所     | 〒 _____ |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 申請理由                                  |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 世帯構成員氏名                               |        | 続柄      | 年齢 | 勤務先・営業名・学校名等 |  |  | 現在の収入（所得）月額 |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 1                                     |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 2                                     |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 3                                     |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 4                                     |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 5                                     |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| 6                                     |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |
| ※注意事項 減免・特別軽減申請事由の事実を証明する書類を添付してください。 |        |         |    |              |  |  |             |  |      |       |   |  |   |  |   |  |

上記の申請について、次のとおり決定してよいでしょうか。

|   |    |    |    |            |   |    |   |   |             |
|---|----|----|----|------------|---|----|---|---|-------------|
| 部長  | 次長 | 課長 | 補佐 | 係長         | 係 | 起案 | ・ | ・ | 公印使用許可<br>・ |
|   |    |    |    |            |   | 決裁 | ・ | ・ |             |
|   |    |    |    |            |   | 施行 | ・ | ・ |             |
| 決定区分 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 |    |    |    | 減免または特別軽減額 |   |    | 円 |   |             |
| 許可条件、その他  |    |    |    |            |   |    |   |   |             |

第48号様式

介護保険料(暫定賦課額)修正申出書

年 月 日

長岡市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

長岡市介護保険条例第12条第1項の規定により、下記のとおり 年度介護保険料(暫定賦課額)の修正を申し出ます。

|                       |   |           |       |  |
|-----------------------|---|-----------|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者      | 被保険者番号  | 生年月日      | 年 月 日 |  |
|                       | 氏 名   | 性別        | 男 ・ 女 |  |
|                       | 住 所   | (電話番号 — ) |       |  |
| 申<br>出<br>の<br>理<br>由 | 当該年度の保険料額が、前年度の保険料額の<br>(1) 2分の1に相当する額に満たないことと思慮されるため<br>(2) 2倍に相当する額を超えることと思慮されるため<br>※該当する番号を○で囲んでください。   |           |       |  |
| 添<br>付<br>書<br>類      | ア 所得税確定申告書の控え又は写し<br>イ 市県民税申告書の控え又は写し<br>ウ 前年分の給与所得又は公的年金等の源泉徴収票の控え又は写し<br>エ その他前年の収入(所得)金額を証明できる書類等<br>( ) |           |       |  |

----- 以下の欄は、記入しないでください。 -----

|  |   |  |   |    |     |                  |
|--|---|--|---|----|-----|------------------|
| 申 請 番 号  | — |  |   |    |     |                  |
| 上記の修正の申出に対し、別紙介護保険料(暫定賦課額)修正調査書に基づき、次のとおり決定してよいでしょうか。<br>【決定区分】 <input type="checkbox"/> 修正する <input type="checkbox"/> 修正しない |   |  |   |    |     |                  |
|  |   |  | 係 | 起案 | ・ ・ | 公印使用許可<br>部<br>個 |
|  |   |  |   | 決裁 | ・ ・ |                  |
|  |   |  |   | 通知 | ・ ・ |                  |

居宅（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       |
|  |  | 明・大・昭  | 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   |  |  |           |
| 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事由等   |  | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。   |           |
|  |  | 変更年月日<br>( 年 月 日付)   |           |
| 小規模多機能型居宅介護・看護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   |  | ※小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。                   |           |
| <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり<br>(利用したサービス： )<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし                                   |  |  |           |
| 長岡市長 様<br><br>上記の小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。<br><br>年 月 日<br><br>住 所<br>被保険者 電話番号 ( )<br><br>氏 名 ㊟ |  |  |           |
| 保険者確認欄   |  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業者<br>事業所番号 |           |
|  |  |  |           |

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まったときに、速やかに長岡市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず長岡市に届け出てください。届出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

長岡市長 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。

|     |                |           |           |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|----------------|-----------|-----------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1   | フリガナ           |           | 被保険者番号    |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 被 保 険 者<br>氏 名 |           | ④ 個 人 番 号 |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                |           | 性 別       | 男 ・ 女 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 生年月日           | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年         | 月     | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2   | フリガナ           |           | 被保険者番号    |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 被 保 険 者<br>氏 名 |           | ④ 個 人 番 号 |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                |           | 性 別       | 男 ・ 女 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 生年月日           | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年         | 月     | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3   | フリガナ           |           | 被保険者番号    |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 被 保 険 者<br>氏 名 |           | ④ 個 人 番 号 |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                |           | 性 別       | 男 ・ 女 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 生年月日           | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年         | 月     | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所 |                |           |           |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                | 連絡先       |           |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 氏 名                         |                     |   |   |   |
|-----------------------------|---------------------|---|---|---|
| 平成<br>年<br>中<br>の<br>収<br>入 | 公的年金                | 円 | 円 | 円 |
|                             | 給 与<br>(パート収入を含む。)  | 円 | 円 | 円 |
|                             | ( )<br>(年金・給与以外の収入) | 円 | 円 | 円 |
|                             | 合 計                 | 円 | 円 | 円 |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|       |              |
|-------|--------------|
| 申請者氏名 | 連絡先 (自宅・勤務先) |
| 申請者住所 | 本人との関係       |

注意事項

- (1) 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、本人（40歳以上65歳未満の方を除く。）及び同じ世帯に属する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記入してください。
- (2) 収入額は全て記入してください。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日において当市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。

別記第1号様式

第2号様式

第3号様式

第4号様式から第10号様式まで 削除

第11号様式

第12号様式

第13号様式

第14号様式

第15号様式

第16号様式

第17号様式

第18号様式 削除

第19号様式

第20号様式

第21号様式

第22号様式

第23号様式

第24号様式 削除

第25号様式

第26号様式

第27号様式

第28号様式

第29号様式から第30号様式まで 削除

第31号様式

第32号様式

第33号様式から第44号様式まで 削除

第45号様式

第46号様式から第47号様式まで 削除

第48号様式

第49号様式

第50号様式

