

「坂城町介護保険規則の一部を改正する規則」をここに公布する。

令和 7年 2月 6日

坂 城 町 長

坂城町規則第 1号

坂城町介護保険規則の一部を改正する規則

坂城町介護保険規則（平成12年規則第5号）の一部を次のように改正する。

様式第2号及び様式第3号を次のように改める。

様式第2号（第8条関係）

介護保険 被保険者証交付申請書

坂 城 町 長 様

次のとおり申請します。

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		
	被保険者氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

様式第3号 (第8条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

坂城町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	氏名		本人との関係	
	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		
	氏名			
	生年月日	年 月 日	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 5 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

特定疾病名	
-------	--

様式第5号から様式第16号までを次のように改める。

様式第5号 (第8条関係)

介護保険		<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定 </div> <div style="text-align: right;"> 申請書 (新規・更新・区分変更) 区分変更の場合はその理由 (年 月 日) </div> </div>													
坂城町長 様		申請年月日													
次のとおり申請します。															
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号				
	医 療 保 険	保険者名										保険者番号			
		被保険者 記号・番号		記号						番号		枝番			
	フリガナ										生年月日		明・大・昭 年 月 日		
	氏 名										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・要 支援更新認 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					
					有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 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 []										
					現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日										
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									
有 ・ 無		介護保険施設等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日									
提 出 代 行 者	名 称		該当に○(地域包括支援センター・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・介護医療院)												
	住 所		〒								電話番号				
主 治 医		主治医の氏名								医療機関名					
		所 在 地		〒								電話番号			
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入															
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、坂城町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。															
本人氏名															

様式第14号 (第8条関係)

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書										
保険者番号										
被保険者番号					個人番号					
フリガナ					生年月日					
被保険者氏名					性別	男 ・ 女				
住所	〒 ー									
	電話番号									
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名 販売事業者名			購入金額		購入日				
				円		年 月 日				
				円		年 月 日				
				円		年 月 日				
福祉用具が必要な理由										
坂城町長 様										
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。										
住所										
申請者										
氏名										
電話番号										
<p>※注意 ・ この申請書の裏面に、領収書及び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。</p> <p>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ください。</p>										
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店 出張所 支所		種 目		口 座 番 号			
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
	フリガナ									
口座名義人										

様式第14号の2 (第8条関係)

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

保険者番号											
被保険者番号						個人番号					
フリガナ						生年月日	年 月 日				
被保険者氏名						性別	男 ・ 女				
住 所	〒 ー										
	電話番号										
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	年 月 日				
						着工日	年 月 日				
						完成日	年 月 日				
改修費用	円										
坂 城 町 長 様											
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。											
年 月 日											
住所											
申請者											
氏名											
電話番号											

※注意・この申請書の裏面に、領収書及び介護専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類（改修前及び改修後それぞれの写真）等を添付してください。
 ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

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。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号						
	信用金庫	支店		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	信用組合	出張所								
	農 協	支 所								
	金融機関コード	店舗コード								
	フリガナ									
	口座名義人									

様式第15号 (第8条関係)

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号																		
生年月日		被保険者番号																		
住所	電話番号																			
本人支払額																				
備考																				
坂城町長様 前のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 千 申請者 住所 氏名 電話番号 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。																				

	氏名	生年月日	介護保険の被保険者の場合																	
			被保険者番号 個人番号																	
世帯構成	世帯主																			
	世帯員																			

- 注意・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なおの残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
- ・今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
 - ・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
 - ・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。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。																			
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	種目	口座番号																
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()																	
	ゆうちょ銀行	記号	番号																	
	フリガナ																			
	口座名義人																			

市(町村)記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合 割	

様式第15号の2 (第8条関係)

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	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号			
フリガナ	氏名					生年月日	個人番号	計算期間の始期及び終期	年月日	
国民健康保険資格情報										
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄			保険者名称	加入期間			
			1 世帯主	2 被帯主	3 世帯員	年月日から年月日まで				
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				
		年月日から年月日まで								
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				
		年月日から年月日まで								
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行口座組	金融機関コード	本店(所)支店(所)出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1 窓口払い	1						1 普通預金		口座名義人	
2 口座振込							2 当座預金			
							3 その他			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載、通帳の写しの添付等は不要です。										
保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号					
保険者加入歴	1	年月日から年月日まで			備考欄					
	2	年月日から年月日まで								
	3	年月日から年月日まで								

(宛先) 長野県埴科郡坂城町大字坂城10050
坂城町長 様

① 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。
 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも○で囲んでください。
 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを○で囲んでください。

年 月 日 住所
 郵便番号 申請代表者
 氏名 電話番号
 電話番号

同 意 書

坂城町長 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、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私および私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況および保有する預貯金なら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、坂城町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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

様式第19号を次のように改める。

様式第19号 (第8条関係)

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)

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日生								
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								
入所する居室の種類	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 市町村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 2 市町村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80万円を超えるもの等 3 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者等 4 その他()								
坂城町長 様 上記のとおり食費・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 電話番号									

様式第22号を次のように改める。

様式第22号（第8条関係）

（表）

介護保険居宅介護（予防）サービス費等支給申請書						
保険者番号						
被保険者番号				個人番号		
フリガナ 被保険者氏名 （申請者）	-----			生年月日	年 月 日	
				性別		
住 所	〒 電話番号					
支払金額合計	年 月 分			円		
申 請 理 由						
年 月 日 坂 城 町 長 様						
<p>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、特例居宅介護（予防）サービス費、地域密着型居宅介護（予防）サービス費、特例地域密着型居宅介護（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、特定入所者介護（予防）サービス費の支給を申請します。</p> <p>◎支給内容の決定通知を下記に送付して下さい。 （被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所の場合は記入不要です。）</p>						
送 付 先	〒 電話番号： 住所： 氏名：					
<p>注意）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支援提供証明書を添付して下さい。 ◎上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。</p>						
口座振込 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 支 所 出張所	種 目	口 座 番 号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金			
	フリガナ 口座名義人	-----				
<p>注意）口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入して下さい。</p>						

(裏)

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

委 任 状

坂 城 町 長 様

(被保険者)

・住 所：

・氏 名：

印

私は、居宅介護（予防）サービス費、特例居宅介護（予防）サービス費、地域密着型居宅介護サービス費、特例地域密着型居宅介護（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、特定入所者介護（予防）サービス費の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

・住 所：

・氏 名：

(続柄：)

附 則

この規則は、公布の日から施行する。