

介護保険

事務手続きのしおり



©座間市

座間市介護保険課

協力：福祉長寿課

座間市地域在宅医療・
介護連携支援室

目次

- P. 001・・・ざまりん介護
- P. 003・・・介護保険 要介護・要支援認定申請書
- P. 005・・・介護保険 要介護・要支援認定申請書 記入方法
- P. 007・・・座間市要介護認定及び要支援認定に係る情報提供取扱要綱
- P. 010・・・主治医意見書等の情報提供申請の手引
- P. 011・・・情報提供申請書
- P. 012・・・情報提供の同意書
- P. 013・・・日常生活自立度の情報共有について
- P. 015・・・完了届
- P. 016・・・座間市障害者控除対象者認定書交付要領(R5.1 改訂版)
- P. 025・・・要介護更新認定・要支援更新認定における有効期間の上限延長について
- P. 026・・・総合事業の指定状況の確認について
- P. 030・・・事務手続き注意事項
- P. 033・・・申請書等へのマイナンバーの記入について
- P. 035・・・住民票の異動と住所地特例について
- P. 039・・・介護保険負担限度額認定 申請書類について
- P. 043・・・所得申告のお願い
- P. 044・・・介護保険被保険者証等交付・再交付申請書
- P. 046・・・送付先変更届
- P. 049・・・居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
- P. 055・・・住宅改修
- P. 113・・・福祉用具購入
- P. 127・・・算定に関する疑問について
- P. 129・・・軽度者福祉用具に関する書類
- P. 145・・・短期入所生活介護継続利用に関する書類
- P. 150・・・生活援助算定
- P. 155・・・Q&A
- P. 174・・・過誤申立書
- P. 177・・・介護保険料
- P. 183・・・事故報告
- P. 188・・・総合事業の概要
- P. 192・・・座間市訪問型サービスA事業について
- P. 195・・・座間市あんしんノート
- P. 200・・・入院時情報提供書の手引き
- P. 204・・・座間市医療・介護情報ネットワークシステム みまわりネットワーク
- P. 212・・・災害時避難行動要支援者支援制度

ざまりん介護にメールアドレスの登録を！

“ざまりん介護”は、研修会の案内や、周知文書を、メールでお知らせするものです。



- 多職種連携研修開催のお知らせや、負担割合証発送のお知らせ等、介護保険サービス全ての業種に関する内容も配信しています。座間市内のサービス事業所様にはより多く登録して頂き、配信したいと考えております。ご協力をよろしくお願いいたします。
- 添付ファイルの容量は、お知らせ内容により異なりますが、50KB程度です。過去には1MB程度のものを送信したこともあります。使用しているサーバーによっては、受信できない場合があることをご了承ください。
- アドレスを変更する場合は速やかにお知らせください。特に、個人アドレスを登録している場合は、異動及び退職の際、必ず後任に引き継ぎをし、アドレス変更が生じる場合は速やかにお知らせください。

『ざまりん介護』（配信専用電子メール） 登録用紙

事業所名 _____

所在地 _____


事業所番号 _____

サービス名 _____

問い合わせに対応できる担当者名 _____

登録アドレス

(_____)



注意事項

- ★ セキュリティの問題から配信専用です。
返信や送信できなかった（受信拒否）等については、未確認のままの廃棄処理となります。
- ★ お知らせ内容は、サービス事業ごとに異なることが多いため、同じ法人でも、事業ごとにアドレス登録が望ましいです。

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

(表面)

次のとおり申請します。

新規 新規(要支援からの区分変更) 区分変更 更新 転入継続

被 保 険 者 (本 人)	介護保険被保険者番号				0	0	0	0	申請日		令和	年	月	日
	医療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 座間市 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()						保険者番号					
		被保険者証	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	年齢	歳		
	住所		〒 252- 電話番号(本人・家族) () 座間市											
	現在の要介護 認定区分等		なし / 要介護(1・2・3・4・5) / 要支援(1・2) 有効期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)											
	入院・入所 中の方		施設名											
			所在地											
			期間	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日	/	未定
14日以内に 他自治体から 転入した方		<input type="checkbox"/> 現在、転入前自治体に要介護・要支援 認定を申請中である。 <input type="checkbox"/> 既に認定結果通知を受け取っている。						転入前 自治体名						
								申請日	令和	年	月	日		

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人(本人が申請者の場合は、氏名・続柄・住所の記載不要) <input type="checkbox"/> 家族												
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他() 本人や家族に申請を行うことを説明していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(⇒速やかに説明してください。)												
	氏名 (担当者名)							続柄 (事業者名)					
	住所 (所在地)	〒 - 電話番号 ()											

主 治 医	医療機関名							主治医氏名					
	所在地	〒 - 電話番号 ()											
	前回受診日(令和 年 月 日頃) / 次回受診日(令和 年 月 日頃) / 入院中												
40~64歳の方(2号被保険者)※医療保険証写しを添付								特定疾病名					

同 意 欄	1. 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・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、主治医意見書を、本市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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、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。 2. 更新申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、「介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書」を省略することに同意します。 ※本人が署名できない場合は、親族や法定代理人の方が「本人氏名」及び「親族等代筆者名(続柄)」を記入してください。 事業者の従業員による代筆はできません。											
	本人氏名							親族等代筆者名	(続柄)			

個人番号() 1番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票 2本人確認 個人番号カード 運転免許証 その他

【市確認欄】 被保険者証 資格者証 医療保険証(2号) / 郵送(連絡あり・なし)
意見書区分 新規 継続 在宅 施設 / 法定代理人(追認する・しない)

訪問調査連絡票

新規 新規(要支援からの区分変更) 区分変更 更新(月未まで)

(裏面)

介護保険 被保険者番号	0	0	0	0							フリガナ		男・女
											氏名		歳
申請者	氏名 (担当者名)				電話番号		()						
					続柄(事業者名)								
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していないが、今後のため申請したい <input type="checkbox"/> 病院(医師・看護師・相談員)に勧められたため <input type="checkbox"/> その他()												
	<input type="checkbox"/> 介護度の見直しをしたい(⇒ <input type="checkbox"/> 介護度を上げたい <input type="checkbox"/> 介護度を下げたい) 見直し理由()												
家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他()												
体の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす移動 <input type="checkbox"/> 目が見えづらい <input type="checkbox"/> 耳が聞こえづらい <input type="checkbox"/> 生活(食事・入浴・排泄・着替え・買い物・調理)に手助けが必要												
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 理解・判断力低下 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚												
主な疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他()												
利用(希望) サービス	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 介護リハビリ <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()												
サービス 利用時期	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 認定結果が出てから利用したい <input type="checkbox"/> 退院後利用したい <input type="checkbox"/> 必要時利用したい <input type="checkbox"/> 早急に利用したい(⇒地域包括支援センター・ケアマネジャーに相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)												

訪問調査について

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅		駐車場所 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅() 住所()				
	<input type="checkbox"/> 病院・施設(名称) (病棟・号室) 所在地() 電話番号 () 入院・入所日(令和 年 月 日)				
	入院 中 の 方	入院理由			
手術予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり	(令和 年 月 日)		
退院予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり	(令和 年 月 日)		
	転院予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> あり	(令和 年 月 日)		
	転院先() 病院(病棟・号室)				
日程 調整先	フリガナ		電話番号		()
	氏名 (担当者名)		続柄 (事業者名)		
立会者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上記日程調整先の方 <input type="checkbox"/> その他家族(続柄) <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()				
調査日	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 土日が良い <input type="checkbox"/> 都合の悪い日()				
調査員に 伝えたい こと等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 調査後、立会者に別室や電話での聞き取りをしてほしい <input type="checkbox"/> 筆談で調査をしたい <input type="checkbox"/> 夫婦同日調査をしたい <input type="checkbox"/> 調査日が決まったら、申請者にも伝えてほしい その他				

調査員 担当(窓口・郵送) 市() 外部()

次のとおり申請します。

新規 新規(要支援からの区分変更) 区分変更 更新 転入継続

介護保険被保険者番号		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	申請日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
医療 保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 座間市 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()		保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
	被保険者証	記号		番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 枝番
フリガナ		ザマ タロウ		生年月日	明・大・昭 〇年〇〇月〇〇日
氏名		座間 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女 年齢 〇〇歳
住所		〒 252-〇〇〇〇 電話番号(本人・家族) 046 (〇〇〇) 〇〇〇〇 座間市〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
現在の要介護 認定区分等		なし / 要介護(1・2・3・4・5) / 要支援(1・ <input checked="" type="radio"/> 2) 有効期間 (令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日)			
入院・入所 中の方	施設名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院			
	所在地	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 / <input checked="" type="radio"/> 未定			
14日以内に 他自治体から 転入した方	<input type="checkbox"/> 現在、転入前自治体に要介護・要支援 認定を申請中である。		転入前 自治体名		
	<input type="checkbox"/> 既に認定結果通知を受け取っている。		申請日	令和 年 月 日	

申請者	<input type="checkbox"/> 本人(本人が申請者の場合は、氏名・続柄・住所の記載不要) <input checked="" type="checkbox"/> 家族				
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他() 本人や家族に申請を行うことを説明していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(⇒速やかに説明してください。)				
	氏名 (担当者名)	座間 花子		続柄 (事業者名)	長女
住所 (所在地)	〒 252-〇〇〇〇 電話番号 046 (〇〇〇) 〇〇〇〇 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

主治医	医療機関名	〇〇〇〇病院		主治医氏名	〇〇〇〇〇
	所在地	〒 252-〇〇〇〇 電話番号 046 (〇〇〇) 〇〇〇〇 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	前回受診日(令和〇〇年〇〇月〇〇日頃) / 次回受診日(令和〇〇年〇〇月〇〇日頃) / <input checked="" type="radio"/> 入院中				
40~64歳の方(2号被保険者)※医療保険証写しを添付			特定疾病名		

同意欄	1. 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・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、主治医意見書を、本市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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、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。				
	2. 更新申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、「介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書」を省略することに同意します。 ※本人が署名できない場合は、親族や法定代理人の方が「本人氏名」及び「親族等代筆者名(続柄)」を記入してください。 <u>事業者の従業員による代筆はできません。</u>				
本人氏名	座間 太郎		親族等代筆者名	座間 花子 (続柄 長女)	

訪問調査連絡票

新規 新規(要支援からの区分変更) 区分変更 更新(月未まで)

(裏面)

介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	フリガナ	ザマ タロウ	(男)・女
											氏名	座間 太郎	〇〇歳
申請者	氏名 (担当者名)		座間 花子							電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
										続柄(事業者名)	長女		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していないが、今後のため申請したい <input checked="" type="checkbox"/> 病院(医師・看護師・相談員)に勧められたため <input type="checkbox"/> その他()												
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護度の見直しをしたい(⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 介護度を上げたい <input type="checkbox"/> 介護度を下げたい) 見直し理由(身体・認知機能低下により、退院後、1人で生活することが不安なため。)												
家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他()												
体の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> つたい歩き <input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす移動 <input type="checkbox"/> 目が見えづらい <input checked="" type="checkbox"/> 耳が聞こえづらい <input checked="" type="checkbox"/> 生活(食事・入浴・排泄・着替え・買い物・調理)に手助けが必要												
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 理解・判断力低下 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚												
主な疾病	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他()												
利用(希望) サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護リハビリ <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()												
サービス 利用時期	<input type="checkbox"/> 利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定結果が出てから利用したい <input checked="" type="checkbox"/> 退院後利用したい <input type="checkbox"/> 必要時利用したい <input type="checkbox"/> 早急に利用したい(⇒地域包括支援センター・ケアマネジャーに相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)												

訪問調査について

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅		駐車場所	
	<input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅(宅)		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設(名称 〇〇〇〇〇〇病院) (病棟・号室〇〇〇棟〇〇階〇〇号室) 所在地(〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 入院・入所日(令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)			
	入院 中 の 方	入院理由	転倒をして骨折したため。	
手術予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)		
退院予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)		
転院予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日) 転院先(〇〇〇〇 病院)(病棟・号室〇〇〇棟〇〇階〇〇号室)		
日程 調整先	フリガナ	ザマ ハナコ	電話番号	090 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	氏名 (担当者名)	座間 花子	続柄 (事業者名)	長女
立会者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記日程調整先の方 <input checked="" type="checkbox"/> その他家族(続柄 長男) <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()			
調査日	<input checked="" type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 土日が良い <input type="checkbox"/> 都合の悪い日()			
調査員に 伝えたい こと等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 調査後、立会者に別室や電話での聞き取りをしてほしい <input type="checkbox"/> 筆談で調査をしたい <input type="checkbox"/> 夫婦同日調査をしたい <input type="checkbox"/> 調査日が決まったら、申請者にも伝えてほしい その他			

○座間市要介護認定及び要支援認定に係る情報提供取扱要綱

(平成22年6月30日告示第119号)

改正 平成23年9月14日告示第87号 平成25年1月25日告示第9号

(趣旨)

第1条 この告示は、居宅サービス計画、介護予防サービス計画、施設サービス計画、認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画、特定施設サービス計画、介護予防特定施設サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画、介護予防小規模多機能型居宅介護計画、地域密着型特定施設サービス計画又は地域密着型施設サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）の作成及び介護報酬の請求に資することを目的として、介護保険被保険者に係る要介護認定及び要支援認定（以下「要介護認定等」という。）に関する情報提供について必要な事項を定めるものとする。

(情報提供)

第2条 この告示において「情報提供」とは、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業者、介護予防認知症対応型共同生活介護事業者、特定施設入居者生活介護事業者、介護予防特定施設入居者生活介護事業者、小規模多機能型居宅介護事業者、介護予防小規模多機能型居宅介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型介護老人福祉施設及び訪問介護事業者（以下「居宅介護支援事業者等」という。）が居宅サービス計画等の作成及び介護報酬の請求に当たり必要とする当該被保険者（以下「本人」という。）の要介護認定等の情報を市長が提供することをいう。

2 前項の規定による情報提供の内容は、次のとおりとする。

(1) 主治医意見書

(2) 認定調査票

3 前項の規定にかかわらず、訪問介護事業者への情報提供は、前項第1号に規定する主治医意見書に限るものとする。

(同意)

第3条 情報提供に当たっては、事前に本人の同意を得なければならない。この場合において、本人の同意は、介護保険認定申請書の同意欄又は同意書（第1号様式）で確認するものとする。

2 前条第2項第1号に規定する主治医意見書に係る情報提供については、当該主治医意見書を作成した医師の同意を要する。この場合において、当該主治医意見書を作成した医師の同意は、主治医意見書における居宅サービス計画等に利用されることの同意欄において確認するものとする。

(情報提供を受けることができる者)

第4条 情報提供を受けることができる者は、本人と居宅介護支援、介護予防支援、施設サービス、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活

介護、介護予防特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護又は訪問介護（以下「居宅介護支援等」という。）の提供に係る契約を締結している居宅介護支援事業者等の職員とする。

（申請の手続）

第5条 情報提供を受けようとする者（以下「情報提供申請者」という。）は、要介護認定等に係る情報提供申請書（第2号様式。以下「情報提供申請書」という。）を提出しなければならない。

- 2 情報提供申請者は、居宅介護支援事業者等又はその職員であることを証する書類を提示しなければならない。
- 3 情報提供申請者は、本人との契約関係が明らかになる書類を提示しなければならない。
- 4 情報提供申請者は、第2項の規定により提示する居宅介護支援事業者等若しくはその職員であることを証する書類又は前項の規定により提示する本人との契約関係が明らかになる書類を複写することに同意するものとする。
- 5 情報提供申請者は、本人が市外に転出した場合においても、転出先の市区町村長が行った要介護認定等が有効期間内であるときは、当該認定等に係る情報提供について市長に申請することができる。

（写しの交付等）

第6条 市長は、情報提供申請書を受け付けた日から7日以内に主治医意見書又は認定調査票の写しを交付するものとする。ただし、当該申請に係る情報が要介護認定等の有効期間を過ぎているとき又は市長が特段の事情があると認めるときは、情報提供を行わない。

- 2 前項の規定にかかわらず、市長は、本人の要介護認定等が終了していないときは、当該認定等が行われた日以後に主治医意見書又は認定調査票の写しを交付するものとする。
- 3 主治医意見書又は認定調査票の写しの部数は、同一の申請者につき1部に限るものとする。

（遵守事項）

第7条 情報提供により情報の提供を受けた者は、次の事項を遵守しなければならない。

- （1） 情報提供された資料に係る情報を本人の居宅サービス計画等の作成及び介護報酬の請求以外の目的に使用しないこと。
- （2） 交付された写しを厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めること。
- （3） 目的達成後には、写しを速やかに返還すること。
- （4） 写しの作成は一切しないこと。
- （5） 正当な理由なしに情報提供により知り得た情報を漏らさないこと。

（違反に対する措置）

第8条 市長は、この告示に基づき情報提供を受けた者が前条に規定する事項を遵守しなかった場合は、その後の情報提供を拒否できるものとする。

(費用)

第9条 情報提供申請及び当該申請に係る写しの交付に要する費用は、徴収しない。

(実施細目)

第10条 この告示に定めるもののほか、情報提供の実施について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

- 1 この告示は、公表の日から施行する。
- 2 介護サービス計画の作成に必要な情報の提供に関する取扱要綱（平成12年座間市告示第24号）は、廃止する。

附 則（平成23年9月14日告示第87号）

この告示は、平成23年10月1日から施行する。

附 則（平成25年1月25日告示第9号）

この告示は、公表の日から施行する。

第1号様式（第2条関係）

同意書

[別紙参照]

第2号様式（第5条関係）

情報提供申請書

[別紙参照]

座間市介護保険要介護認定等 主治医意見書等の情報提供申請の手引

これは、居宅介護サービス計画等の作成、介護報酬の請求に資することを目的として、居宅介護支援事業者等に主治医意見書及び認定調査票の写しを提供するものです。

情報提供を希望する場合は、下記を確認のうえ申請手続を行ってください。

1 情報提供できる資料

- ・主治医意見書（主治医の同意があるもの）
- ・認定調査票（調査従事者が特定される部分を除く）

2 情報提供を受けることができる者

- ・居宅サービス計画等の作成を依頼された居宅介護支援事業者等（小規模多機能型も含む）
- ・介護保険施設等
- ・訪問介護事業者（主治医意見書のみ）
- ・特定施設入居者生活介護事業者
- ・認知症対応型共同生活介護事業者

3 申請に必要なもの

- ・情報提供申請書（第2号様式）
- ・同意書（第1号様式、介護保険認定申請書の同意欄に署名のある場合には不要）
- ・居宅介護支援事業者等又はその職員であることを称する書類（職員証・名札等を必要時確認します）
- ・被保険者との契約関係が明らかになる書類（事前に居宅サービス計画作成依頼届出書等の提出により、契約関係が確認できる場合には不要）

4 情報提供の方法

- ・申請日より1週間以内に申請に係る写しの交付を窓口で行います。
- ・要介護認定等が終了していないときには、終了次第となります。
- ・有効期間が過ぎているものは交付できません。

5 留意事項

- ・情報提供申請書にある遵守事項に従ってください。
- ・介護保険認定申請書の同意欄に署名の無い場合は、申請時に同意書が必要です。
- ・通常申請日より1週間以内に交付の準備ができております。申請日より1ヶ月以内には受け取ってください。
- ・郵送の場合は、送付前に御連絡の上、職員証・名札・名刺いずれかのコピーと、切手を貼った返信用封筒も同封ください。

切手代は情報が1人分の場合は、94円となります。2人以上の場合は、お問い合わせ下さい。

6 申請・交付窓口 問い合わせ先

- ・座間市介護保険課 介護認定係
電話 046-252-7538

情報提供申請書

年 月 日

(あて先) 座間市長

次のとおり本人(被保険者)の要介護認定等に係る情報について、座間市要介護認定及び要支援認定に係る情報提供取扱要綱に基づき申し込みます。

申 請 者	申請者 氏 名		本人と の 関係	
	事業者 名 称			
	事業者 所在地	電話番号		

- ※ 認定申請時に本人の同意がない場合は、同意書を添付すること。
- ※ 居宅介護支援事業者等であることを証明する身分証明書、契約書等を持参すること。

本人(被保険者)情報

氏 名		被保険者 番 号	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		
住 所			
認 定 状 況	(いずれかにレ点)		
	<input type="checkbox"/> 有効期間中 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 有効期間開始前 有効期間 (年 月 日 ~)

情報提供申請資料(必要なものにレ点)

<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 認定調査票
---------------------------------	--------------------------------

【確認事項】 必要な書類の認定の有効期間を記入してください。

※有効期間開始前の場合は有効期間開始日のみ記入

有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

【遵守事項】

- (1) 情報提供された資料に係る情報を本人の居宅サービス計画等の作成及び介護報酬の請求以外の目的に使用しません。
- (2) 交付された写しを厳重に管理し、紛失又は破損しないよう 適正な保管 に努めます。
- (3) 目的達成後には、写しを 速やかに返還 します。
- (4) 写しの作成は一切しません。
- (5) 正当な理由なしに情報提供により知り得た情報を漏らしません。

同意書

(あて先) 座間市長

私は、次の者に座間市が保有する私の要介護認定及び要支援認定に関する情報を提供することに同意します。

居宅介護支援事業者等名

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

※ 居宅介護支援事業者等名の氏名欄には、居宅介護支援事業者等の名称の記入と事業所印を押印してください。

居宅介護支援事業所
介護予防支援事業所
介護保険サービス事業所

} 管理者 様

座間市健康部介護保険課長

日常生活自立度の情報共有について（通知）

日頃より、保健福祉行政に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、令和3年度報酬改定に伴い、認知症専門ケア加算要件の確認等の際に必要な認知症高齢者の日常生活自立度等について、介護支援専門員の方はサービス担当者会議などを通じて、適宜、各サービス事業者へ情報を共有くださるようお願いいたします。

なお、認定係から情報提供している訪問調査票及び主治医意見書を複写することは、情報提供取扱要綱にも示されていますとおり、お控えください。

また、各サービス事業者におかれまして、口頭で日常生活自立度を聞き取った際は、日時や自立度等の必要事項をサービス提供記録等に書き留めていただくようお願いいたします。

※介護保険法最新情報 Vol. 953 の該当部分を抜粋し添付いたします。

※情報を共有される際のツールとして、日常生活自立度の情報共有書を添付いたしますので、必要であれば御利用ください。

【事務担当】 認定係

住 所：座間市緑ヶ丘一丁目1番1号

電 話：046-252-7538

FAX：046-252-8238

年 月 日

(提供先/サービス事業者)

事業所名： 御中

日常生活自立度の情報共有書

介護報酬の請求にあたり必要となる自立度の情報を共有いたします。

被保険者番号	
被保険者氏名	
認定有効期間	
介護度	
【主治医意見書】 認知高齢者の日常生活自立度	
【主治医意見書】 障害高齢者の日常生活自立度	
【認定調査票】 認知高齢者の日常生活自立度	
【認定調査票】 障害高齢者の日常生活自立度	

【担当：介護支援専門員】

事業所住所

事業所名

氏 名

(別紙1)

年 月 日

座間市長 殿

代表所在地 _____

法 人 名 _____

代表者氏名 _____ (印)

完 了 届

年 月付けで調査委託のありました件につきましては、全て完了しましたので次のとおり届け出いたします。

1. 調査件数 _____ 件
2. 今回調査対象者名簿 (別添)
3. 調査票 (別途提出済み)

座間市障害者控除対象者認定書交付要領

(趣旨)

第1条 この要領は、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号及び第7条の15の7第6号の規定による障害者控除対象者の認定に関し、必要な事項を定めるものとする。

(認定申請)

第2条 障害者控除対象者の認定を受けようとする者は、障害者控除対象者認定申請書(第1号様式。以下「申請書」という。)を市長に提出しなければならない。

(認定基準)

第3条 市長は、申請書の提出があったときは、対象者の状況を調査し、次に挙げる区分に応じて認定するものとする。

- (1) 65歳以上で、介護保険法(平成9年法律第123号)第27条の規定に基づく要介護認定を受けている者又は同法第32条の規定に基づく要支援認定を受けている者については、要介護度及び当該認定資料における日常生活自立度に基づき、別表に定める基準により認定する。
- (2) 前号に認定するもの以外の者のうち、知的障害者に準じるものは精神科医が、身体障害者に準じるものは身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項の規定による指定医師が作成する障害者控除対象者認定に係る診断書(第2号様式)に基づいて認定する。

(認定書等の交付)

第4条 市長は、審査の結果、障害者控除対象者に該当すると認めた場合には、対象者に障害者控除対象者認定書(第3号様式)を交付するものとする。

- 2 市長は、審査の結果、障害者控除対象者に該当しないと認めた場合には、障害者控除対象者非該当通知書(第4号様式)により対象者に通知するものとする。

(関係帳簿等の整備)

第5条 市長は、障害者控除対象者認定書交付台帳(第5号様式)を備え、必要な事項を記入し、整備するものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要領は、平成19年3月5日から施行する。

(経過措置)

2 この要領の施行の日の前日までになされた障害者控除対象者認定に関する手続その他の行為は、この要領の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年9月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年1月4日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年1月1日から施行する。

別表(第3条関係)

認定区分	障害の種類及び程度	要介護者認定基準	
		要介護度	自立度
障害者	知的障害者(軽度・中度)に準ず	要介護・要支援 認定者	Ⅱ以上
	身体障害者(3級～6級)に準ず	要介護・要支援 認定者	A以上
特別障害者	知的障害者(重度)に準ず	要介護4以上	Ⅲ以上
	身体障害者(1級～2級)に準ず	要介護4以上	B以上
	ねたきり老人	要介護4以上	

備考

- 1 要介護度及び自立度の認定基準のいずれをも満たすものとする。
- 2 要介護者認定基準の自立度は、要介護者認定資料「認定調査票」及び「主治医意見書」の記録内容による。なお、双方の判定に相違がある場合はより重度の判定によるものとする。

基準日の取り扱いについて

- ◆基準日は前年12月31日現在の判定とし、基準日に有効である要介護認定結果の「認定調査票」又は「主治医意見書」をもとに認定する。ただし、対象者が年の途中で死亡した場合は、その死亡日を基準日とする。
- ◆要介護認定申請書を基準日以前に受理し、介護認定審査会が基準日以降に開催された場合は、その審査会に用いた「認定調査票」又は「主治医意見書」により認定する。

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(宛先)座間市長

〒 -

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

対象者との続柄 _____

次の者について、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条及び第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対 象 者	フリガナ		介護保険被保険者番号	0	0	0	0						
	氏 名		生年月日	年			月	日					
	住 所	〒 -		電話番号 ()									
	要介護 認定区分	なし / 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		税申告の 対象とする年		年分							

同 意 欄	この認定書を発行するにあたり、座間市長が私の介護保険要介護・要支援認定資料を調査確認することに同意します。 ※電子機器で入力せず、自筆での記入をお願いします。本人が署名できない場合は、親族や法定代理人の方が「本人氏名」及び「親族等代筆者名(続柄)」を記入してください。											
	本人氏名		親族等代筆者名	(続柄)								

- ◆申請者の身分証明書(運転免許証、医療保険証など)が必要です。
郵送申請の場合は、申請者の身分証明書の写しを添付してください。
- ◆介護認定区分が「なし」の場合は、第2号様式(第3条関係)「障害者控除対象者認定に係る診断書」を添付してください。

事 務 処 理 欄

記入例

障害者控除対象者認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)座間市長

〒252-〇〇〇〇

申請者

住 所 座間市緑ヶ丘〇-〇〇-〇〇

氏 名 座間 花子

電話番号 046(〇〇〇)〇〇〇〇

対象者との続柄 妻

次の者について、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条及び第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたので申請します。

対 象 者	フリガナ	ザマ タロウ	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	氏 名	座間 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	住 所	〒 252-〇〇〇〇 座間市緑ヶ丘〇-〇〇-〇〇	電話番号	046(〇〇〇)〇〇〇〇
	要介護 認定区分	なし / 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・④・5)	税申告の 対象とする年	令和5年分

同 意 欄	この認定書を発行するにあたり、座間市長が私の介護保険要介護・要支援認定資料を調査確認することに同意します。 ※電子機器で入力せず、自筆での記入をお願いします。本人が署名できない場合は、親族や法定代理人の方が「本人氏名」及び「親族等代筆者名(続柄)」を記入してください。		
	本人氏名	座間 太郎	親族等代筆者名

- ◆申請者の身分証明書(運転免許証、医療保険証など)が必要です。
郵送申請の場合は、申請者の身分証明書の写しを添付してください。
- ◆介護認定区分が「なし」の場合は、第2号様式(第3条関係)「障害者控除対象者認定に係る診断書」を添付してください。

事 務 処 理 欄

障害者控除対象者認定に係る診断書

年 月 日

(宛先)座間市長

医療機関名

医師氏名

印

次のとおり診断します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
診断基準日			
障害の内容及 び程度	障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者(軽度・中度)に準ずる。	
		<input type="checkbox"/> 身体障害者(3級～6級)に準ずる。	
	特別障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者(重度)に準ずる。	
		<input type="checkbox"/> 身体障害者(1級～2級)に準ずる。	
診断基準日 における症状	----- ----- ----- ----- ----- -----		

障害者控除対象者認定書

座介発第 号
年 月 日

(対象者) 様

座間市長

次の者を、所得税法施行令(昭和40年政令第96条)第10条並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条及び第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定する。

対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
認定理由	障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者(軽度・中度)に準ずる。		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者(3級～6級)に準ずる。		
	特 別 障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者(重度)に準ずる。		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者(1級～2級)に準ずる。		
		<input type="checkbox"/> ねたきり老人		
認定基準日	年 月 日			

(注) 申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合には、速やかに市長にその旨を報告してください。

障害者控除対象者非該当通知書

第 号
年 月 日

(対象者) 様

座間市長

年 月 日付けで申請のあった障害者控除対象者の認定に関しましては、非該当となりましたので通知します。

対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
認定しない理由	市が定める基準に該当しないため			

障害者控除対象者認定書交付台帳

番号	申請日	申請者		対象者		認定結果	障害理由	基準日	備考
		氏名	住所	氏名	住所				

令和3年3月25日

居宅介護支援事業所
介護保険施設
地域包括支援センター 御中

座間市介護保険課長

要介護更新認定・要支援更新認定における有効期間の延長について（通知）

日頃から本市の介護保険事業に対して、御理解御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、標記の件につきまして、令和3年2月26日付で厚生労働省老健局長より通知がありました。つきましては、座間市では次のとおり取り扱いさせていただきます。

1 更新申請の認定有効期間の延長について

認定審査会が判定した被保険者の要介護状態区分が、当該被保険者が現に受けている要介護認定に係る要介護状態区分と同一である場合には、要介護更新認定における有効期間の上限を36か月から48か月に延長します。

要支援更新認定についても同様に取り扱います。

2 開始時期について

令和3年4月1日以降に受付を行う更新申請分について適用します。

事務担当：座間市健康部介護保険課認定係

電話 046-252-7538

FAX 046-252-8238

総合事業の指定状況の確認について

座間市が総合事業のサービス提供事業者として指定している事業所の一覧（市外含む）を、市ホームページに毎月掲載しております。新規事業所の利用を検討する際は、座間市の指定があるか、最新の情報を必ず御確認ください。

【掲載先】

座間市ホームページ → 事業所の方へ → 高齢者福祉 → 介護保険・予防（事業者向け）
→ 介護予防・日常生活支援総合事業者向け → 総合事業指定事業所一覧

要介護認定の利用者が市外地域密着型サービス事業所を利用する際について

1. 地域密着型サービス事業所利用の原則

地域密着型サービスは原則、事業所所在の被保険者のみが利用できます。やむを得ない事情により被保険者が市外事業所の利用を希望する場合、所在市区町村と保険者間での同意が得られるなど、一定の条件を満たさないと、利用することはできません。

※住所地特例者は、保険者ではなく住所所在地の地域密着型サービスを利用します。

2. 市外にある地域密着型サービス事業所の利用について

やむを得ない事情により、利用者が新たに市外の地域密着型サービス事業所の利用を希望する場合は、座間市へ事前に御相談のうえ、事前協議書を提出してください。

なお、利用にあたっては、市長同意だけでなく、事業所が座間市の指定を受けていなければなりません。指定がない場合は、指定後の利用となります。

地域密着型通所介護と一体的に運営している第一号通所事業所の利用者の区分変更をされる際は、継続利用ができなくなる場合があります。事前に保険者や事業所に相談の上、区分変更の手続きを行ってください。

3. 協定対象の事業所

座間市と綾瀬市、海老名市の間における一部の地域密着型通所介護事業所では、市長間の同意を省くことが可能である協定対象事業所があります。協定対象かつ指定のある事業所については、座間市内の地域密着型通所事業所と同様に利用することが可能です。

座間市に関する協定対象事業所は次のとおりとなります。なお、協定対象であっても、未指定の事業所があります。

綾瀬市及び海老名市の被保険者が座間市の協定対象事業所を利用する場合、事業所が指定を受けているかどうかは、保険者（綾瀬市または海老名市）へ確認してください。

座間市の被保険者が市長同意なく利用できる綾瀬市及び海老名市の事業所

所轄	事業所番号	事業所名	所在地
綾瀬市	1474400114	デイケアセンター エポック	綾瀬市大上 5-27-8
	1474400510	サロンディ綾瀬※	綾瀬市早川 3211 リネスマンション店舗
海老名市	1474200613	労協海老名地域福祉事業所 みかんの家かがやき ※	海老名市国分北 1-15-9
	1474200985	デイサービス咲楽	海老名市東柏ケ谷 2-11-31-5
	1474200662	サンライズ・ヴィラさがみ野 デイサービスセンター	海老名市東柏ケ谷 3-4-8
	1474200944	サロンデイリフレさがみ野	海老名市東柏ケ谷 5-1-15 スターラ イトビル 102
	1474200795	茶話本舗デイサービス 海老名かしわ台	海老名市柏ケ谷 973-6
	1494200122	さくらクオーレプラス	海老名市東柏ケ谷 1-6-12 大貫ビル 1F103

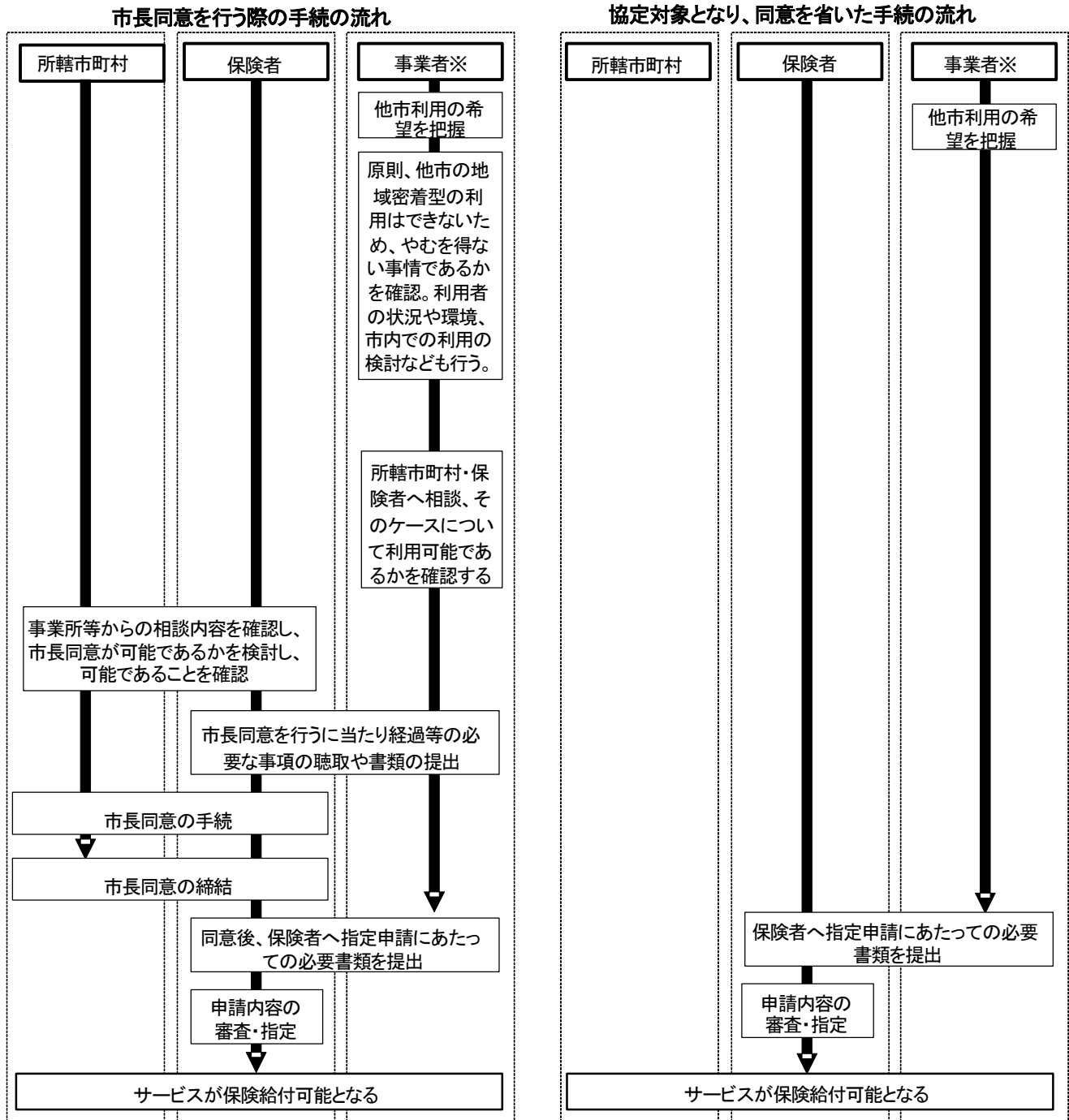
※令和3年3月31日 時点で座間市未指定

綾瀬市及び海老名市の被保険者が市長同意なく利用できる座間市の事業所

保険者	事業所番号	事業所名	所在地
綾瀬市 被保険者	1494100165	デイサービス りぼん 座間	座間市南栗原 4-29-9
	1474100987	おけいこサロン寿	座間市南栗原 6-17-8 グランデアロー1F
	1474100417	デイサービス ふれんどりい	座間市栗原中央 4-23-21
海老名市 被保険者	1474100805	サロンディウエルハイム ひばりが丘	座間市ひばりが丘 5-14-27
	1494100157	茜デイサービス	座間市栗原中央 1-31-24
	1474100417	デイサービス ふれんどりい	座間市栗原中央 4-23-21
	1494100165	デイサービス りぼん 座間	座間市南栗原 4-29-9
	1474100987	おけいこサロン寿	座間市南栗原 6-17-8 グランデアロー1F
	1474100409	デイサービスカナンの家	座間市立野台 1-8-37
	1494100181	ゆめの木座間	座間市座間 1-3059-1 ゆうペットシニア 2F
	1474101266	ひばりデイサービス座間	座間市座間 1-3412-1 ガーデンテラス座間
	1474100839	くつろぎ処 夢みん♡	座間市入谷西 3-10-28
	1474101134	茶話本舗デイサービス座間	座間市入谷東 3-24-7

(参考)手続きの流れ

手続きについての概要はこのようになります。



※この場合の事業者とは、サービス事業所、居宅介護支援事業所です。利用者の利用状況や環境、身体状況等をサービス事業所、担当ケアマネジャーの方へ確認を行います。

この協定は市長同意に関しての手続きを省略するものです。保険請求及び給付を行うためには、貴事業所の情報を、申請に基づいて保険者が事業所台帳へ登録する必要がありますので、サービス事業所保険者へ指定にあたっての必要書類を提出する必要があります。

(宛先) 座間市長

法人所在地 _____

法人名 _____ 印 _____

申請者

法人代表者 _____

事前協議書

以下の被保険者について、_____市内所在の下記の事業所を利用するにあたり、事前協議を申し出いたします。

対象事業所	サービス種類			
	事業所名称			
	事業所所在地			
	事業所連絡先			
	担当者名			
	介護保険事業所番号			
利用者	氏名			
	現住所			
	生年月日	大正・昭和	年	月 日生 (歳)
	被保険者番号		保険者	
	利用を希望する理由	1 利用者の住所が事業所と 2 km以内である 2 市内に 1 年以上居住している当該利用者の 3 親等内の親族がいる 3 その他 () ※該当する理由に○を付けてください。		
利用開始希望日	令和	年	月 日	

上記のとおり、当該事業所の利用を希望します。

年 月 日

(利用者) 氏名 _____ 印 _____

(代理人) 氏名 _____ 印 _____

事務手続き注意事項

★顔写真付きの身分証明書を提示していただくことがあります。

★申請後に「申請はなかったことにしてください。」「申請書は破棄してください。」という依頼が多くあります。行政手続きであるためできません。住宅改修及び過誤申立等の申請を取り下げる事務手続きが必要になります。御注意ください。

★消えるボールペンは使用できません。再提出をして頂きます。

★各種申請で居宅介護サービス計画を添付する場合は、本プランを添付してください。

★申請書類への捺印利用について

捺印の意味をきちんと御利用者や御家族に説明をした上で、正しい利用をして頂かないと受付ができません。

★居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書について

①旧様式での申請は、受け付けできません。ご注意ください。

②届け出用紙の新規及び変更の区分が間違っていることが多く見受けられます。

最新の被保険者証の【居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称】欄に一つでも記載があれば、変更です。

③事業所ではなく、担当の介護支援専門員の変更の時には、届け出の必要はありません。

しかし、市より照会があった場合には、変更になったことをお答えいただきますよう御協力をお願いします。

④被保険者証の届出日は、座間市役所に届出が受理された日が記載されます。

⑤担当ケアマネジャーが決定した旨を届け出ます。変更する際も同様です。契約後は、速やか（14日以内）に届け出てください。届け出が14日を超えた場合は、その理由書（任意の様式）を添付してください。

※要介護認定申請中に、介護保険サービスを利用する場合には、契約後、暫定の届出をしてからの御利用にしてください。

★特定福祉用具購入について

①旧様式での申請は受付できません。

②誤記入が目立ちます。給付ができません。

例えば、

居宅サービス計画書（1）の要介護認定期間が違う

居宅サービス計画書（2）が福祉用具販売（購入）にもかかわらず、貸与となっている。等

★住宅改修について

介護保険の住宅改修は、ケアマネジャー（を含む理由書の作成できる資格を持っている方）の作成する理由書があつて、はじめて行える工事です。理由書に無い工事や、理由書と異なった工事は給付の対象外です。

たとえ対象工事であっても、理由書に基づかない工事に対しては給付の対象とはなりません。

また、住宅所有者の誤りが多々見受けられるので（共有名義であるが単独で記入等）家族等に必ず確認してください。（登記簿謄本や固定資産税納税通知書の明細書等で確認が可能です）

なお、住宅所有者が死亡している場合は、相続人用の承諾書に相続人代表者から署名をもらってください。

★住宅改修の申請について

①旧様式での申請は受付できません。

事前申請（事前相談）書類は、提出して頂き、14日以内に「住宅改修費承認（不承認）通知書」を座間市より申請者に発送します。申請内容に疑義がある、書類の補正が必要となった場合には、14日を超えることもあります。

着工は、「住宅改修費承認（不承認）通知書」を確認後に行ってください。

②住宅改修理由書に位置付いていない改修については、給付の対象ではありません。

③事前相談の内容と異なる場合、給付ができません。改修前に必ず介護保険課へ相談してください。

現場で、建築業者の方と要介護者や御家族との間でのみ検討され、事前相談内容と改修内容の変更をされるケースが非常に増加しています。

④住宅改修の理由書で以下の事象が多く見受けられます。注意してください。

P1の【住宅改修の確認事項】にチェックがありません。

P2の改善しようとしている生活動作、改修目的、改修項目の□にレ点等のチェックがありません。

⑤旧様式や他市の様式を使っている場合があります。受付ができません。

★訪問介護サービスにおける生活援助算定について

世帯について

「世帯」とは、住居及び生計を共にする者の集まり又は独立して住居を維持し、若しくは独立して生計を営む単身者をいいます。

「座間市訪問介護サービス及び座間市介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業の第1号訪問事業における生活援助算定の取扱要領」の熟読をお願いします。申請の必要のないケースの申請が多くあります。

第5条には、居宅サービス計画書（居宅介護予防サービス計画）に算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載しなければならない。その際に、任意の様式で、その家族等の障害、疾病等の理由として把握した状況をできる限り詳細に明記するものとする。とあります。遵守をお願いします。

（例）座間市訪問介護サービス及び座間市介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業の第1号訪問事業における生活援助算定の取扱要領の第3条の□に該当する。

□が（1）の場合

名前〇〇 ■■手帳所持（No.△△、昭和■年■月■日交付）

□が（2）の場合

名前〇〇 ■■病院■■医師 △曜日に定期通院 診断名■■■

□が（3）の場合

名前〇〇 勤務先■■■ 勤務の曜日、時間 休日■曜日

★過誤および返戻について

返戻があった場合の問い合わせは、備考欄のエラーコードを確認し、国保連より配布されている「支払関係帳票と返戻事由の解説」を確認してください。保険者保有の受給者台帳との相違エラー以外は、国保連へお尋ねください。

保留の場合には、何もしなければ2か月後に返戻になります。返戻を確認してから、過誤申請を行ってください。

台帳に関するエラーの場合、エラー番号（備考欄のアルファベットと数字）、対象者、サービス提供年月、請求年月を確認させていただくことがありますので、問い合わせの際はそれらの情報を準備していただいたうえでお願いいたします。

★第三者求償について

交通事故などにより、要介護認定申請を行う場合、第三者求償の手続きが必要となります。第三者求償とは加害者がいる場合に、保険者が支払った介護保険給付費について加害者に請求する手続き（請求権は被害者が有する）を被害者に代わって行うという仕組みです。座間市では示談成立までは、求償の事務（相手方との交渉）を国保連合会へ委託をしています。

なお、示談をする前に、必ず事前に保険者へ連絡をお願いするように、被保険者の方へ注意を促していただければ幸いです。

★保険者（住民票）の確認について

9割及び8割及び7割の請求先は住民票のある保険者（住所地特例施設を除く）です。

いつの間にか住民票が動いていた、市役所の職権で住民票が削除されていた、という事が原因により、請求が通らないというトラブルが発生しています。

住民票には、保険料の納付や税金の納付、選挙権や給付を受ける権利など、諸々の義務や権利が付属しているものです。住民票の把握は、介護支援専門員のアセスメントやモニタリングで行われなければなりません。

また、平成31年より入谷地区の住居表示が実施され、居住していない方は住民票が職権削除されてしまう可能性があります。実際に居住しているところへ異動手続きをするように促してください。

建物がなくなっているにも関わらず住民票が置かれたまま、居住実態が無い等の場合には職権削除されてしまい、給付が受けられなくなる（請求が出来なくなる）場合があります。注意してください。

※住所を異動せずに他市に居住していた方が平成28年4月以降に地域密着型通所介護を利用したケースがあり、トラブルとなっています。

★負担割合証について

○負担割合は個人ごとに決定されるため、同世帯であっても負担割合が異なる場合があります。

⇒介護サービス利用の際には、必ず被保険者証と併せて確認してください。

○従前の高額介護サービス費の適用があるため、負担割合が2割になる方について、必ずしも負担が倍額となる訳ではありません（3割の場合も同様）。

○負担割合証は、要介護認定を持つ方、事業対象者に対して送付されます。

○新規認定申請時の負担割合証の発行は、新規申請後に行い、本人宛（送付先変更が行われている場合は設定された送付先）へ郵送します。

○割合の変更について

・修正申告などにより所得が年度途中で変わった場合、負担割合の変更は修正された年度の8月1日からとなります。

・世帯内の第1号被保険者構成が変わった（65歳を迎えた・転出入した等）ことにより、負担割合が変わる場合は、該当月の翌月初日（該当日が1日の場合にはその月）から変更となります。

・給付制限を受けている方は、給付制限が優先されます。なお、負担割合証には給付制限中の割合3割又は4割は記載されません。必ず被保険者証と負担割合証の両方を確認してください。

※負担割合証に記載の割合が3割である方が給付制限となる場合は、給付制限期間中は4割負担となります。

○負担割合が変更となった場合、事業所の方に過誤をお願いする場合があります。

○負担割合証は、被保険者が要介護認定を持っている、あるいは事業対象者であること（何らかの介護が必要な状態であること）に加え、所得を推測することができるものです。紛失や個人情報のやり取りなど、取扱いには十分注意していただきますようお願いいたします。

○電話等での負担割合の確認は行えません（地域包括支援センターを除く）。

★被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の再発行について

紛失等で証の再発行が必要となった場合、「介護保険被保険者証等交付・再交付申請書」により申請受付後、再発行します。

申請が可能な方 : 本人、家族、成年後見人、担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員

申請に必要なもの : 介護保険被保険者証等交付・再交付申請書、申請者の身分証明書（ケアマネジャーは介護支援専門員証、地域包括支援センター職員は地域包括支援センター職員証）

※ R4年4月から、担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員が申請した場合、原則、被保険者本人の住民登録地（予め送付先が設定されている場合はその送付先）へ郵送となります。

ただし、受領について被保険者より委任を受け、委任状を持参した場合は、即日交付が可能です。

※ 申請書及び委任状はホームページよりダウンロードすることができます。

申請書等へのマイナンバー記入について

平成28年1月から、介護保険制度の各種手続きの申請・届出書には、マイナンバー（個人番号）の記入が必要になりました。そのため、申請書にマイナンバーを記入いただく際には、本人確認のため、「番号確認」と「身元確認」を行います。

番号確認には「個人番号カード」または「個人番号通知カード」、「個人番号の記載された住民票」の提示が必要です。

身元確認には、「個人番号カード」または「運転免許証」、「パスポート」などの提示が必要です。

また、代理人が申請を行う場合は、代理権の確認のために「委任状」と代理人の身元確認書類、本人の番号確認書類などが必要になります。

・ 被保険者本人が窓口で申請する場合

- ① 本人の個人番号を確認できるものがが必要です。以下のいずれか1点を持参してください。（番号確認）
 - (1) マイナンバーカード（写しでも可）
 - (2) 個人番号通知カード（写しでも可）
 - (3) 個人番号の記載された住民票（写しでも可）
- ② 本人確認のできるものがが必要です。以下のものを持参してください。（身元確認）
写真付（免許証等）もしくは、それ以外2点以上（保険証、年金手帳等）
以上が揃わない場合、確認することができないため、未記入で結構です。追って、各担当が職権で調査します。

・ 代理人が窓口で申請する場合

- ① 代理権の確認ができるものがが必要です。
委任状もしくは、本人の介護保険被保険者証等の官公署等から発行された公的な証明を持参してください。
- ② 本人の個人番号を確認できるものがが必要です。以下のいずれか1点を持参してください。（番号確認）
 - (1) マイナンバーカード（写しでも可）
 - (2) 個人番号通知カード（写しでも可）
 - (3) 個人番号の記載された住民票（写しでも可）
- ③ 代理人の本人確認のできるものがが必要です。（身元確認）
写真付（免許証等）もしくは、それ以外2点以上（保険証、年金手帳等）
以上が揃わない場合、確認することができないため、未記入で結構です。追って、各担当が職権で調査します。

・ 被保険者本人が郵送で申請する場合

- ① 本人の個人番号を確認できるものの写しが必要です。以下のいずれか1点を同封してください。(番号確認)
 - (1) マイナンバーカード (写し)
 - (2) 個人番号通知カード (写し)
 - (3) 個人番号の記載された住民票 (写し)

- ② 本人確認のできるものの写しが必要です。以下のものを同封してください。(身元確認)

写真付 (免許証等) もしくは、それ以外2点以上 (保険証、年金手帳等)

以上が揃わない場合、確認することができないため、未記入で結構です。追って、各担当が職権で調査します。

・ 代理人が郵送で申請する場合

- ① 代理権の確認ができるものがが必要です。

委任状もしくは、本人の介護保険被保険者証等の官公署等から発行された公的な証明を同封してください。

- ② 本人の個人番号を確認できるものの写しが必要です。以下のいずれか1点を持参してください。(番号確認)
 - (1) マイナンバーカード (写し)
 - (2) 個人番号通知カード (写し)
 - (3) 個人番号の記載された住民票 (写し)

- ③ 代理人の本人確認のできるものの写しが必要です。(身元確認)

写真付 (免許証等) もしくは、それ以外2点以上 (保険証、年金手帳等)

以上が揃わない場合、確認することができないため、未記入で結構です。追って、各担当が職権で調査します。

※ 代理権の授与が困難な被保険者に係る申請を行う場合

本人が認知症等で意思表示能力が著しく低下しており、代理権の授与が困難である場合は、個人番号欄は未記入で結構です。追って、各担当が職権で調査します。

住民票の異動と住所地特例について

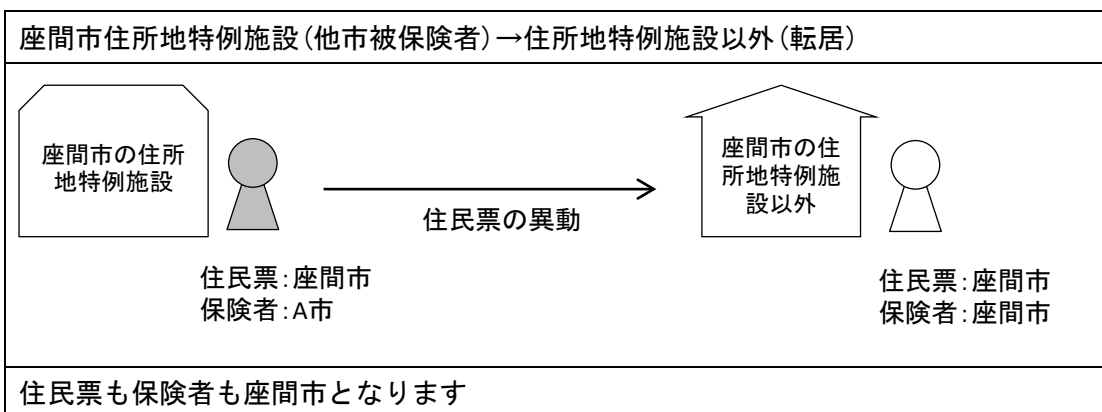
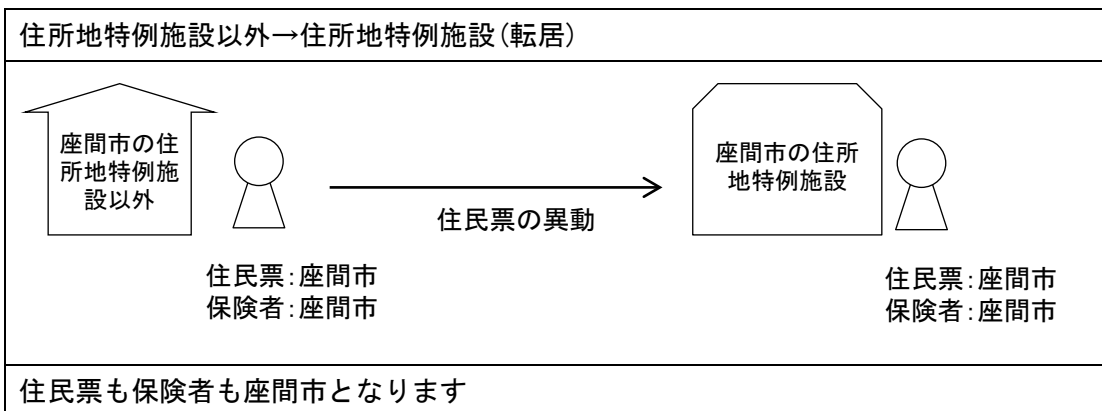
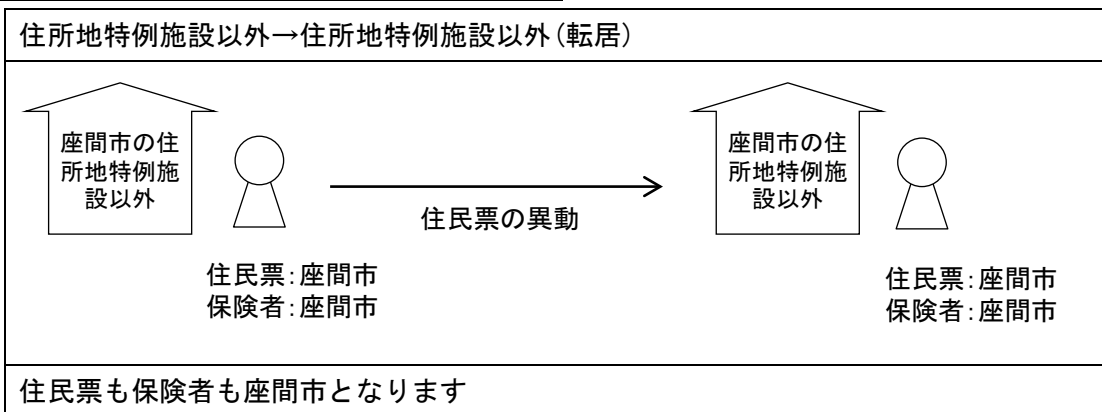
- 保険者は、被保険者の要介護認定、資格、保険料、給付の管理を行います。住所地特例となった場合には、住民票のある市区町村と保険者である市区町村が異なることとなりますので、注意して下さい。

御担当される利用者の保険者がどこであるかは、**被保険者証で確認することができます。**

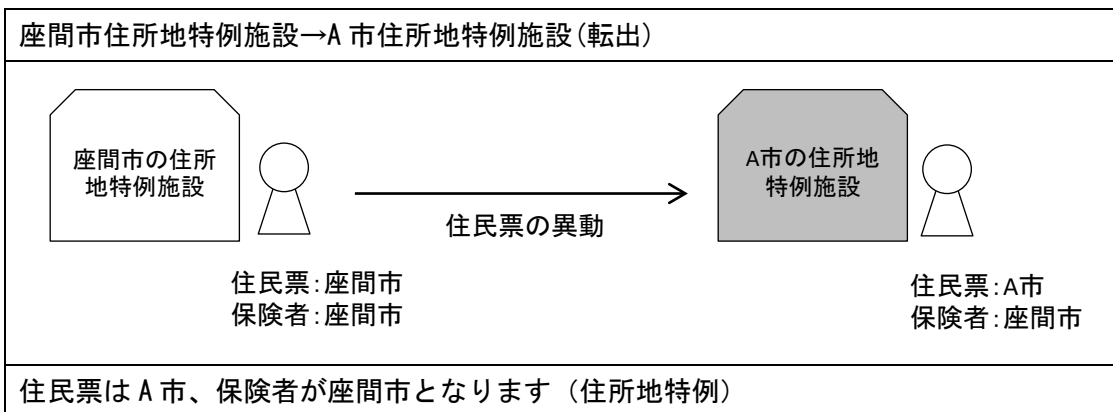
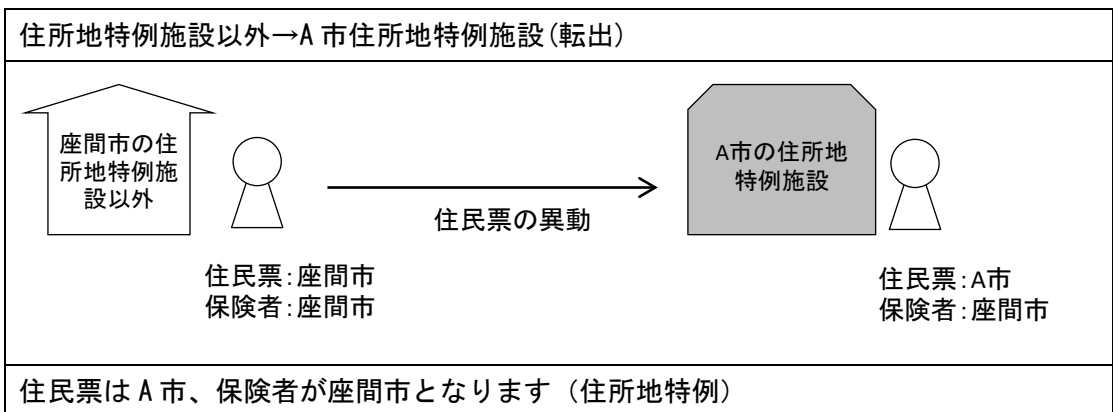
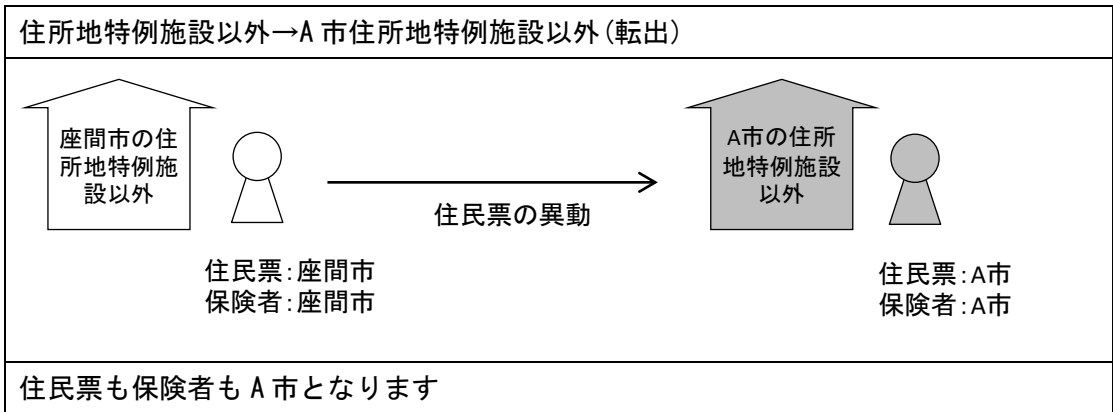
- 施設が住所地特例施設であるかどうかは、施設を指定する所轄、あるいは施設の所在市区町村へお問い合わせください。
- 厚生労働省HPにて、『全国の有料老人ホームの一覧（住所地特例対象施設に限る）』が公開されています。参考にしてください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/youryou.html>

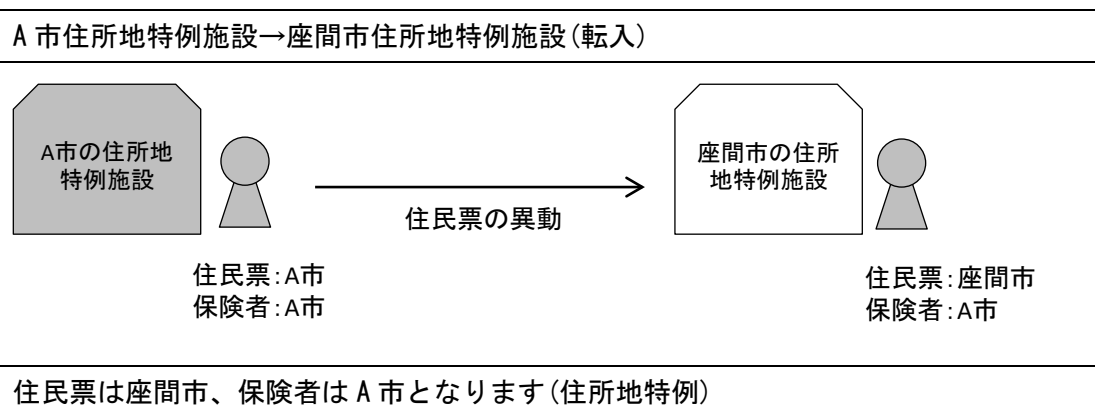
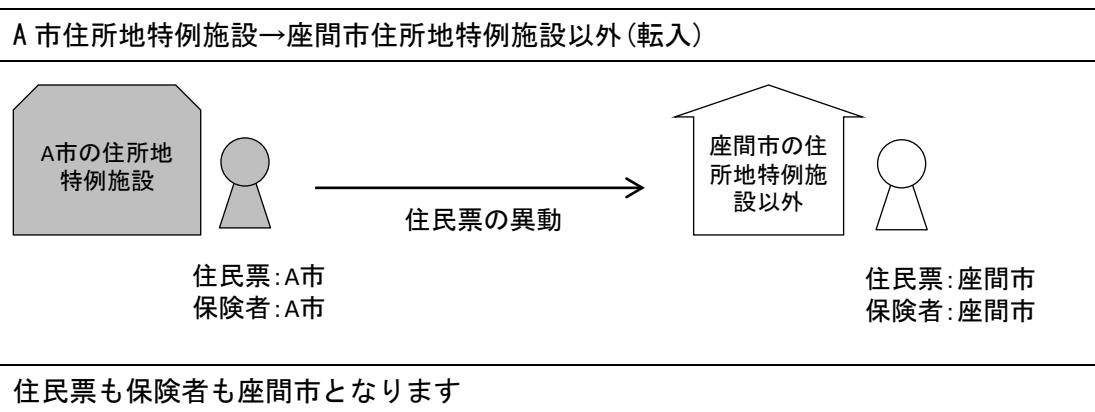
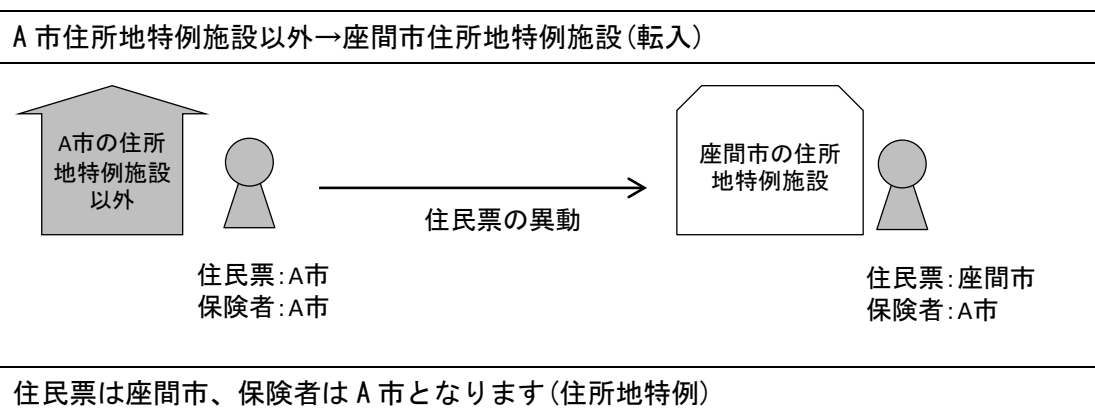
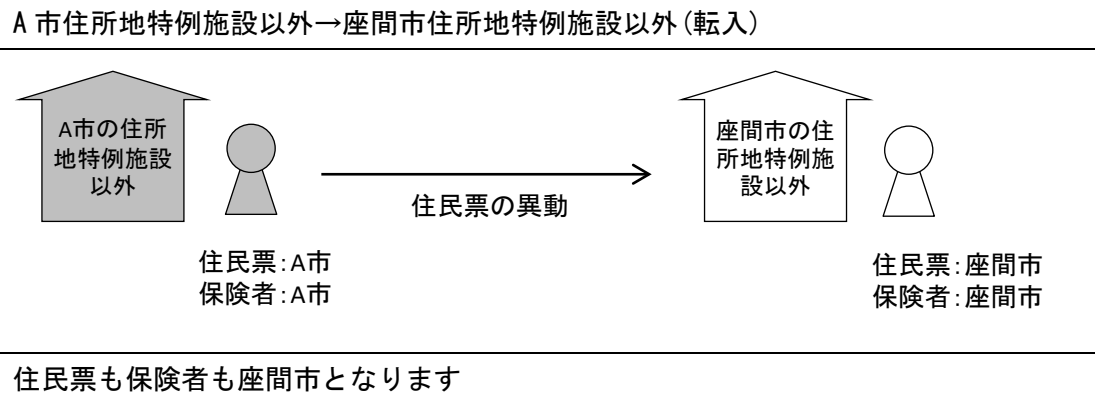
転居（座間市内での住民票の異動）の場合



転出（座間市から他市へ住民票の異動）の場合

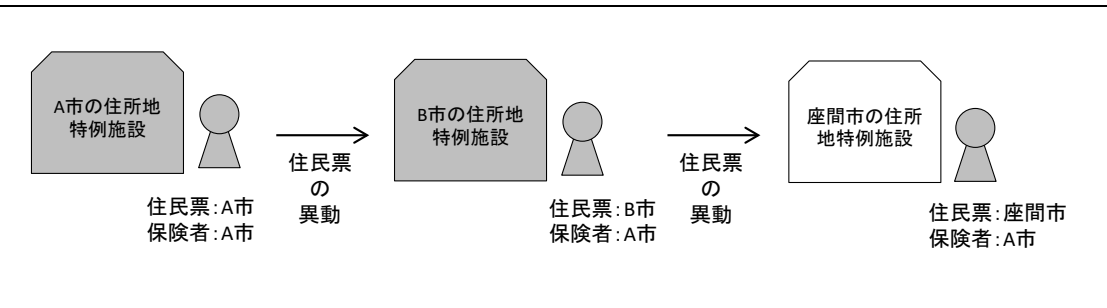


転入（他市から座間市へ住民票の異動）の場合



3つ以上の住所地特例施設を異動した場合

A市住所地特例施設→B市住所地特例施設→座間市住所地特例施設(転入)



住民票は座間市、保険者はA市となります(住所地特例)

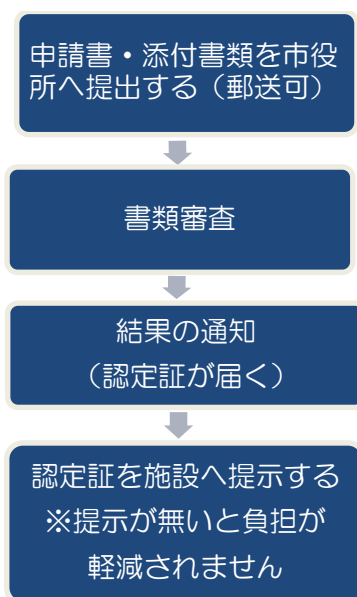


■負担限度額認定とは

介護保険施設を利用する際の居住費と食費について、所得に応じて自己負担の上限（限度額）を設け、負担を軽減する制度です。

●介護保険施設・・・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

■利用までの流れ



【郵送の場合の宛先・問い合わせ】

〒252-8566

座間市緑ヶ丘一丁目1番1号

座間市役所 健康部 介護保険課 保険係

電話 046-252-7719（直通）

■負担限度額認定の要件

- 1 非課税世帯であること
- 2 世帯が別であって配偶者がいる場合には、配偶者も非課税であること
- 3 所得の状況に応じた預貯金等の資産が条件に当てはまること（P4参照）
※「預貯金等」の対象については「■申告が必要となる資産の種類について」（P2）を参照してください
- 4 介護保険料の滞納による、給付制限を受けていないこと

■申請の方法

以下の書類を不足なく揃えて、提出してください。

- ① **介護保険負担限度額認定申請書** } 別紙「申請書（同意書）の書き方」を参考に、
 ② **同意書** } 記入してください。
- ③ 本人および配偶者の「預貯金等」に関する書類

例1 預貯金がある場合：預貯金通帳の写し

ア. 銀行名、支店名、口座番号、名義人がわかるページ

イ. 最終残高および直近2か月程度の明細がわかるページ

申請日からさかのぼって2か月以内に記帳した状態のものを提出してください。

ウ. 定期預金のページ

エ. 貯蓄預金のページ

※白紙の場合も提出してください。

金額の記載がない場合も、預金がないことの証明として、コピーの提出が必要となります。

※アに定期預金口座番号欄等があり、その口座番号の記載がなく、定期預金・貯蓄預金等がされていないことが明白な場合、ウ・エの提出は必要ありません。

例2 負債がある場合：借用書の写し（貸付額、返済期限、署名、捺印があるページ）

④ 申請者の本人確認書類

○1種類で足りるもの（官公庁が発行した顔写真つきのもの）

運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、身体障害者手帳など

○2種類の組み合わせで必要なもの（次のAとBを1つずつ、またはAから2つ）

A 健康保険証、年金手帳、介護保険被保険者証、後期高齢者医療証、学生証（顔写真つき）など

B 会社等の身分証、診察券、預金通帳、郵便物など

■申告が必要となる資産の種類について

●預貯金等に含まれるもの：資産性があるもの、換金性の高いものかつ価格評価が容易なもの

●預貯金等に含まないもの：生命保険、自動車、価格評価が困難な貴金属（腕時計・宝石等）、その他の動産
 「預貯金等」の対象となる資産の例、それに伴う添付書類は次のとおりです。

預貯金等に含まれるもの	添付書類
預貯金（普通・定期）	<u>通帳の写し（口座番号等のわかるページ、最終残高を含む2か月程度の明細、定期預金ページ）</u> <small>※ 預貯金要件を満たすために、申請以前に預貯金の引き出し等を行っている場合、預貯金の使用用途を証明する書類等（墓石購入に係る領収書等）の提出を求める場合があります。</small>
有価証券（株式・国債・地方債・社債等）	証券会社や銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
タンス預金（現金）	自己申告
負債（借入金・住宅ローンなど）	借用証書

※申請に関する注意事項※

- ・ 預貯金等に関する書類について、本人及び配偶者名義のものは全て提出してください。
- ・ 申請書類に不備（申請書や同意書の記入・押印漏れ、預貯金通帳等の添付書類不足など）がある場合には、審査及び決定通知発送までに時間がかかります。
- ・ 申請書類の不備が解消されない限り、認定や認定証の発行はできませんので、予め御了承ください。

■ 提出方法

郵送又は窓口にて、申請書類を提出してください。

提出先は、座間市役所の介護保険課です。

郵送の場合、忘れずに本人確認書類の写しの提出をお願いします。

- 認定の適用開始日は、申請された月の初日となります。
申請された月より前にさかのぼって認定することはできませんので、提出される日付に御注意ください。
- ケアマネジャー・施設職員等による代行提出の場合には、申請書類を封筒に入れ、中が見えない状態で受け渡し及び提出を行ってください。

■ 決定通知書及び認定証について

負担限度額認定の承認又は不承認については、決定通知書にてお知らせします。

認定を決定した場合には、決定通知書と併せて、負担限度額認定証を郵送します。

送付先は住民票の所在地又は届け出済みの送付先となります。住所以外の施設等へ送ることはできません。

- 認定証が届き次第、サービスを利用されている施設へ、認定証を必ず提示してください。
(認定証の提示がない場合、負担限度額認定が適用されませんので御注意ください。)

■ 介護保険施行規則第83条の5第4号に定める特例措置について

高齢者夫婦世帯で、一方が施設に入所し、施設の居住費・食費を在宅で生活する配偶者が負担すると生計困難になるような場合、一定の要件を満たすと利用者負担が軽減される場合があります。要件については、担当までお問い合わせください。

【参考】利用者負担段階と負担限度額

認定が決定した場合には、第1～3段階のいずれかに該当します。

利用者負担段階	対象者	預貯金等の資産の状況	負担限度額認定（日額）				
			部屋代				食費
			多床室	従来型個室	ユニット型個室的多床室	ユニット型個室	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金受給者	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下	0円	490円 (320円)	490円	820円	300円
第2段階	世帯全員が市民税非課税で、本人の前年の合計所得金額と公的年金等収入額が80万円以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下	370円	490円 (420円)	490円	820円	390円 【600円】
第3段階①	世帯全員が市民税非課税で、本人の前年の合計所得金額と公的年金等収入額が80万円超120万円以下の方	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下	370円	1,310円 (820円)	1,310円	1,310円	650円 【1,000円】
第3段階②	世帯全員が市民税非課税で、本人の前年の合計所得金額と公的年金等収入額が120万円超の方	単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下	370円	1,310円 (820円)	1,310円	1,310円	1,360円 【1,300円】
第4段階	第1～3段階以外の方 (負担限度額認定対象要件を満たさない方)		非該当のため、負担限度額なし				

※（ ）内の金額は、介護老人福祉施設に入所した場合又は短期入所生活介護を利用した場合の額です。

※【 】内の金額は、短期入所生活介護または短期入所療養介護を利用した場合の額です。

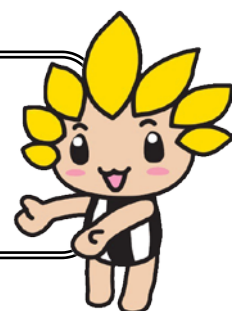
■ 負担限度額認定の適用期間に変更がある場合

- 転居等により、非課税世帯から課税世帯へ変わったとき
- 年度の途中で、資産が要件金額を超えたとき
→ 変更要因が発生した前月末までの認定期間となり、変更発生月からは第4段階（非該当）となります。
- 年度の途中で、生活保護の受給を開始（または廃止）されたとき
→ 変更要因が発生した前月末までは当初の段階、変更発生月からは変更後の段階となります。
- 年度の途中で、所得の修正申告を行ったとき
→ 認定期間の開始日より、修正申告後の所得に基づいた段階での認定となります。

上記の場合、利用者負担段階および適用期間を正しく反映した認定証を発行し、送付します。新しい認定証は速やかに利用されている施設へ提示し、古い認定証は介護保険課まで返却してください

御不明な点がございましたら、担当までお問い合わせください。

〒252-8566 座間市緑ヶ丘一丁目1番1号
座間市役所 健康部 介護保険課 保険係
電話 046-252-7719（直通）





介護保険サービスの利用に係る所得の申告について

※このお知らせは、所得の申告がお済みの方に対しても送付しています。

介護保険サービスを利用する際には、本人だけでなく世帯内全員の所得情報が必要です。

- 介護保険負担割合の判定
介護保険サービスを利用する際の自己負担割合
- 高額介護（予防）サービス費の支給
- 高額総合事業サービス費の支給
介護サービス費及び総合事業費の支払いが高額になった際の負担軽減
- 介護保険負担限度額認定の申請
介護保険施設に入所した際の食費・居住費の軽減

詳細は裏面をご覧ください。

申告がお済みではない方は、所管の税務署または申告したい年度の1月1日に住民票があった市区町村の住民税担当課へ申告をお願いします。

税務署や座間市以外の市区町村へ申告した場合には、その旨を座間市介護保険課までご連絡ください。

1月1日現在、海外居住などで日本に住民票がなかった方は、介護保険課へ書類の提出が必要となるため、ご連絡ください。

次のような場合も、申告する必要があります

- 収入がない方
- 非課税年金を受給しているなど、課税計算のための申告の義務がない方
- 本人が、同じ市区町村に住民票がある方に扶養されている方
- 本人が、異なる市区町村に住民票がある方に扶養されている方（申告先は本人の住民登録地です）

なお、以下に当てはまる方は既に申告されています

- 課税対象の年金収入のみの方
- 座間市在住の家族に扶養されている旨を、扶養者または本人が申告している方
- 生活保護受給中の方

※各種制度について不明な点等がありましたら、お問い合わせください。

《問合せ先》 座間市 介護保険課 保険係
☎ 046-252-7719

介護保険被保険者証等 { 交付 } 申請書 { 再交付 }

(宛先) 座 間 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	0 0 0 0										
	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	〒					電話番号					

交付（再交付） する証明書	1. 被保険者証 4. 負担限度額認定証 2. 資格者証 5. 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 3. 負担割合証 6. その他（ ）
	※ 3～5についてケアマネジャーが申請し、かつ、即時交付を希望される場合は、別途委任状が必要です。 ※ 4及び5について、この申請書では再交付のみ可能です。交付にあたっては、別途申請が必要です。
再交付の場合の申請理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他（ ）

* 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は不要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒		電話番号

申請者本人確認欄	運転免許証 ・ 介護支援専門員証 医療保険証 及び（ ） その他（ ）	交付（再交付）日	年 月 日
----------	---	----------	-------

※ この申請について、個人番号を使用するの照会・調査を行うことがあります。

委任状

【 代理人（介護支援専門員・地域包括支援センター職員） 】

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、次に掲げる証の受領に関して、権限を委任します。

(受領について委任をする証に○を付けてください)

負担割合証

負担限度額認定証

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証

_____年 _____月 _____日 (委任した日付を記入してください)

【 委任者 】 (氏名の横に押印してください)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 (明治 ・ 大正 ・ 昭和 _____年 _____月 _____日)

【 保険者確認欄 】

代理人本人確認 (介護支援専門員証 ・ 地域包括支援センター職員証)

介護保険関係書類に係る送付先変更届（ 新規 ・ 変更 ・ 廃止 ）

(宛先) 座間市長

送付先変更に伴い異議等が生じた場合、私が全責任を持つことを誓約し、次のとおり届出します。

年 月 日

届 出 人	住 所	〒	—									
	フリガナ											
	氏 名	被保険者との続柄 ()										
	電話番号											

被 保 険 者	被保険者 番号	0	0	0	0											生年月日	年	月	日
	住 所																		
	氏 名																		

送付先変更の理由																		
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(注1) 宛名は「届出人名 様方 被保険者名 様」となります。事情により被保険者様の氏名を表記しないことを御希望の場合は、□にチェックを入れてください。

宛名に被保険者氏名を表記しないことを希望します。

(注2) 届出人様以外に送付する場合は下欄に御記入ください。

住 所	〒	—									
フリガナ											
氏 名	被保険者との続柄 ()										
電話番号											

(注3) 次の分類のうち、送付先変更を希望する番号の□にチェックを入れてください。チェックのない場合は、全ての介護保険関係書類を送付先にお送りします。

- 1 介護保険料に関する書類
- 2 要介護認定（認定結果・介護保険被保険者証など）や給付（高額介護サービス費・住宅改修費など）に関する書類

(注4) 届出時点で作成されている送付物に関しては、送付先を反映できない場合があります。

(注5) 先に登録されている送付先の変更、または廃止を希望される場合は、先にお手続いただいた届出人様による届出が必要です。但し、被保険者様死亡後の手続きについてはこの限りではありません。

(注6) 被保険者様が他の市区町村へ転出して保険者に変更となった後、引続き送付先の変更を希望される場合には、転出先の市区町村において再度届出が必要です。御注意ください。

【 保険者使用欄 】

届出人本人確認

入力

確認

届出人の本人確認書類について

届出に際しては、次に掲げる届出人様の身分証明書の写しを添付してください。

※被保険者証番号等は黒塗りする等の対応を御願い致します

☆ 1種類で足りるもの(官公署が発行した顔写真つきのもの)

運転免許証、パスポート、住民基本台帳カード(顔写真つき)、マイナンバーカード(顔写真つき)、身体障害者手帳など

☆ 2種類の組合せで必要なもの(次のAとBを1つずつ、またはAから2つ)

A 健康保険証、年金手帳、介護保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、学生証(顔写真つき)など

B 住民基本台帳カード(写真なし)、会社等の身分証、診察券、預金通帳、郵便物など

※ 成年後見人が選任されている場合

☆ 初回手続時

介護保険課への初回手続時には、登記事項証明書の写し及び身分証明書の写しを添付してください。

☆ 2回目以降の手続時

初回手続時より登記事項証明書の内容に変更がない場合、身分証明書の写しのみで手続が可能です。

内容に変更がある場合は、最新の登記事項証明書の写し及び身分証明書の写しの添付が必要です。

※ 保佐人・補助人が選任されている場合

☆ 初回手続時

介護保険課への初回手続時には、登記事項証明書及び別紙目録の写し、身分証明書の写しを添付してください。

☆ 2回目以降の手続時

初回手続時より登記事項証明書の内容に変更がない場合、身分証明書の写しのみで手続が可能です。

内容に変更がある場合は、最新の登記事項証明書及び別紙目録の写し、身分証明書の写しの添付が必要です。

契約書と介護保険証を添付してください。

* この様式は要介護認定(見込み)者が居宅介護支援事業所と契約をした場合に使用にするものです。

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

		区 分	
		新規・変更	
被保険者個人番号(マイナンバー)			
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		0 0 0 0	
		生 年 月 日	
		性 別	
		明・大・昭 年 月 日	
		男・女	
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者			
事業所名及び事業所番号		事業所の所在地	
		電話番号	
担当 介護支援専門員氏名		介護支援専門員登録番号	
フリガナ			
サービス利用開始(予定)日		(年 月 日付) ※必ずご記入ください	
サービスを利用する住所地 ※住民登録地と異なる場合、 受けられるサービスに制限がかかる 場合があります。		<input type="checkbox"/> 住民登録地 <input type="checkbox"/> 家族宅(<input type="checkbox"/> 座間市内 <input type="checkbox"/> 座間市外) <input type="checkbox"/> 施設(名称:	
変更する場合の事由等		※該当箇所には✓及び記入をお願いします	
事業所を変更する場合の記入	<input type="checkbox"/> 区分変更(<input type="checkbox"/> 要支援→要介護 <input type="checkbox"/> 事業対象者→要介護) <input type="checkbox"/> 利用者都合(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 事業所都合() <input type="checkbox"/> その他()		
	変更前の契約が小規模多機能型居宅介護事業所の場合: 月内の小規模多機能型サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし		
	変更前の区分が事業対象者の場合: 変更前の総合事業(通所・訪問)サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし		
座間市長 殿			
上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。			
年 月 日			
住所 _____			
被保険者			
氏名 _____ 電話番号 _____			
保険者 確認欄	資格: <input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> () から有効の認定(新規・変更・更新)申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 契約日()有効開始日()		
			入力 / 確認 /

- (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者と契約等が決まり次第速やかに座間市へ提出してください。届出のない場合は、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。
2. この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。

契約書と介護保険証を添付してください。

* この様式は要支援認定(見込み)者及び事業対象者が包括支援センターと契約をした場合に使用にします。

介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

		区 分 新規・変更	
被保険者個人番号(マイナンバー)			
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		0 0 0 0	
		生 年 月 日	
		性 別	
		明・大・昭 年 月 日	
		男・女	
介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター			
事業所名(地域包括支援センター名)及び事業所番号		三者契約の場合 包括担当者名	
		事業所の所在地	
		電話番号	
介護予防支援又はケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者※居宅介護支援事業者が受託する場合のみ記入			
居宅介護支援事業所名及び事業所番号		事業所の所在地	
		電話番号	
担当 介護支援専門員等氏名	フリガナ	介護支援専門員登録番号	
サービス利用開始(予定)日	(年 月 日付) ※必ずご記入ください		
サービスを利用する住所地 ※住民登録地と異なる場合、 受けられるサービスに制限がかかる 場合があります。	<input type="checkbox"/> 住民登録地 <input type="checkbox"/> 家族宅(<input type="checkbox"/> 座間市内 <input type="checkbox"/> 座間市外) <input type="checkbox"/> 施設(名称:		
事業所を変更する の場合 記入	変更する場合の事由等	※該当箇所に✓及び記入をお願いします	
	<input type="checkbox"/> 区分変更(<input type="checkbox"/> 要介護→要支援 <input type="checkbox"/> 事業対象者→要支援 <input type="checkbox"/> 要支援→事業対象者) <input type="checkbox"/> 利用者都合(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 事業所都合() <input type="checkbox"/> その他()		
	変更前の契約が小規模多機能型居宅介護事業所の場合: 月内の小規模多機能型サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 施設(名称:	
	変更前の区分が事業対象者の場合: 変更前の総合事業(通所・訪問)サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし	
座間市長 殿			
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。			
年 月 日			
住所 _____			
被保険者			
氏名 _____ 電話番号 _____			
保険者 確認欄	資格: <input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> () から有効の認定(新規・変更・更新)申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 届出の重複		
	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト実施 <input type="checkbox"/> 契約日() 有効開始日()		
	入力		確認
	/		/

- (注意) 1. この届出書は、介護予防サービス計画及びケアマネジメントの作成を依頼する事業所と契約等が決まり次第速やかに座間市へ提出してください。届出のない場合は、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。
2. この申請について、個人番号を使用するの照会・調査を行うことがあります。

契約書と介護保険証を添付してください。

* この様式は認定(見込み)者が小規模多機能型居宅介護支援事業所と契約をした場合に使用に使用するものです。

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

		区 分 新規・変更	
被保険者個人番号(マイナンバー)			
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		0 0 0 0	
		生年月日	性別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者			
事業所名及び事業所番号		事業所の所在地	
		電話番号	
担当 介護支援専門員氏名	フリガナ	介護支援専門員登録番号	
サービス利用開始(予定)日	(年 月 日付) ※必ずご記入ください		
サービスを利用する住所地 ※住民登録地と異なる場合、 受けられるサービスに制限がかかる 場合があります。	<input type="checkbox"/> 住民登録地 <input type="checkbox"/> 家族宅(<input type="checkbox"/> 座間市内 <input type="checkbox"/> 座間市外) <input type="checkbox"/> 施設(名称:		
事業所を変更する場合の事由等	※該当箇所に✓及び記入をお願いします		
事業所を変更する場合のみ記入	<input type="checkbox"/> 区分変更(<input type="checkbox"/> 要支援→要介護 <input type="checkbox"/> 事業対象者→要介護) <input type="checkbox"/> 利用者都合(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 事業所都合() <input type="checkbox"/> その他()		
	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(地域密着型通所介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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)、地域密着型特定施設入居者生活介護(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 (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし 変更前が事業対象者の場合: 月内の総合事業(通所・訪問)サービス <input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし		
座間市長 殿			
上記の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出します。			
年 月 日			
住所 _____			
被保険者			
氏名 _____		電話番号 _____	
保険者 確認欄	資格: <input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> () から有効の認定(新規・変更・更新)申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者		
	<input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 契約日()有効開始日()	入力	確認
		/	/

- (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者が決まり次第速やかに座間市へ提出してください。届出のない場合は、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。
2. この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。

R3.2 改正

契約書と介護保険証を添付してください。

* この様式は要介護認定(見込み)者が居宅介護支援事業所と契約をした場合に使用する

記入例

- 最新の被保険者証に既に支援事業者名が記入されている⇒変更に○
変更の場合は、別途変更事由等を記入してください。
- 記入されていない⇒新規に○

区 分
新規・変更

被保険者個人番号(マイナンバー)		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
フリガナ	座間 太郎	※個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。 個人番号を記載する場合「マイナンバーを記入するにあたって」を御確認ください。												
被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6													
生年月日	明・大・昭 ○年 △月 ×日					性別 男 ・女								
事業所名及び事業所番号	〇〇〇事業所													
事業所の所在地	座間市緑ヶ丘〇-□													
電話番号	046-×××-××××													
担当介護支援専門員氏名	フリガナ	カナガワ ケン									介護支援専門員登録番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
担当介護支援専門員氏名	神奈川 健													
サービス利用開始(予定)日	(○年 △月 ×日付) ※必ずご記入ください													
サービスを利用する住所地	<input type="checkbox"/> 住民登録地 <input type="checkbox"/> 家族宅(<input type="checkbox"/> 座間市内 <input type="checkbox"/> 座間市外) <input checked="" type="checkbox"/> 施設(名称: △△△ホーム)													
変更する場合の事由等	<input type="checkbox"/> 区分変更(<input type="checkbox"/> 要支援→要介護 <input type="checkbox"/> 事業所変更) <input type="checkbox"/> 利用者都合(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 事業所都合() <input type="checkbox"/> その他()													
変更前の契約が小規模多機能型居宅介護事業所の場合	月内の小規模多機能型サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし													
変更前の区分が事業対象者の場合	変更前の総合事業(通所・訪問)サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし													
座間市長	●同月内に(看護)小規模多機能型居宅介護と居宅介護支援を利用した場合 ⇒居宅介護支援事業所が(看護)小規模多機能型居宅介護の利用実績を含めて給付管理を行うこととなります。 ●事業対象者が要介護・要支援となり、介護給付・予防給付を利用する場合 ⇒サービス利用開始日が請求の区分変更の際に重要になるので、正確に記入してください。													
被保険者	氏名 座間 太郎											電話番号	046-×××-××××	
届出日及び被保険者様の住民票の住所・氏名の記入、印が必要となります)から有効の認定(新規・変更・更新)申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者											入力	/	
)有効開始日()											確認	/	

(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と契約等が決まり次第速やかに座間市へ提出してください。届出のない場合は、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。
2. この申請について、個人番号を使用するの照会・調査を行うことがあります。

契約書と介護保険証を添付してください。

記入例

*この様式は要支援認定(目込み)者及び事業対象者が包括支援センターと契約をした場合に使用にする

- 最新の被保険者証に既に支援事業者名が記入されている⇒変更) 届出書
変更の場合は、別途変更事由等を記入してください。
- 記入されていない⇒新規に○

変更) 届出書

被保険者個人番号(マイナンバー)		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
フリガナ	座間 太郎	被保険者番号
フリガナ	ザマ タロウ	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
座間 太郎	※ 個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。 個人番号を記載する場合「マイナンバーを記入するにあたって」を御確認ください。	生年月日
介護予防サービス計画作成及び事業所名(地域包括支援センター名)及び事業	〇〇〇包括支援センター	明・大 昭 ○年 △月 ×日
	座間市緑ヶ丘○ー□	性別
	介護 花子	男・女
	電話番号 046-×××-××××	変更)する地域包括支援センターの所在地
9 8 7 6 5 4 3 2 1 0		
介護予防支援又はケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者※居宅介護支援事業者が受託する場合のみ記入		
居宅介護支援事業所名及び事業所番号	〇〇〇事業所	事業所の所在地
	座間市緑ヶ丘○ー×	
	電話番号 046-×××-××××	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
担当 介護支援専門員等氏名	フリガナ カナガワ ケン 神奈川 健	介護支援専門員登録番号
		1 2 3 4 5 6 7 8
サービス利用開始(予定)日	(○年 △月 ×日付) ※必ずご記入ください	
サービスを利用する住所地 ※住民登録地と異なる場合、受けられるサービスに制限がかかる場合があります。	<input checked="" type="checkbox"/> 住民登録地 <input type="checkbox"/> 家族宅(□座間市内 □座間市外) <input type="checkbox"/> 施設(名称:)	
変更する場合の事由等	※該当箇所を○で記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更(□要介護→要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者) <input type="checkbox"/> 利用者都合(□本人 □家族) <input type="checkbox"/> 事業所都合() <input type="checkbox"/> その他()	介護保険の居宅サービスは、住民登録地のサービスを利用することとなります。併せて「介護保険事務手続きのしおり」の「事務手続き注意事項」も御確認ください。
事業所を変更する場合のみ記入	変更前の契約が小規模多機能型居宅介護事業所の場合: 月内の小規模多機能型サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし
変更前の区分が事業対象者の場合	変更前の総合事業(通所・訪問)サービスの利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし
座間市長 上記の介護サービスを依頼する	●同月内に(看護)小規模多機能型居宅介護と居宅介護支援を利用した場合 ⇒居宅介護支援事業所が(看護)小規模多機能型居宅介護の利用実績を含めて給付管理を行うこととなります。 ●事業対象者が要介護・要支援となり、介護給付・予防給付を利用する場合 ⇒サービス利用開始日が請求の区分変更の際に重要になるので、正確に記入してください。	ケアマネジメント
被保険者 氏名	座間 太郎	電話番号 046-×××-××××
届出日及び被保険者様の住民票の住所・氏名の記入、印が必要となります	から有効の認定(新規・変更・更新)申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 契約日()有効開始日()	入力 / 確認 /

(注意) 1. この届出書は、介護予防サービス計画作成及びケアマネジメントの作成を依頼する事業所と契約等が決まり次第速やかに座間市へ提出してください。届出のない場合は、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。
2. この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。

契約書と介護保険証を添付してください。

*この様式は認定(見込み)者が小規模多機能型居宅介護支援事業所と契約をした場合に使用にす

記入例

被保険者にとって居宅の契約が、[新規]か[変更]なので、最新の被保険者証に既に支援事業者名が記入されていれば、**変更**に○を、記入されていなければ、**新規**に○を付してください。変更の場合は、別途変更事由等を記入してください。

区 分

新規 **変更**

被保険者個人番号(マイナンバー)

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

被 保

被 保 険 者 番 号

フリガナ ザマ タロウ

※個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。

0 0 0 0 1 2 3 4 5 6

座間 太郎

個人番号を記載する場合「マイナンバーを記入するにあたって」を御確認ください。

生 年 月 日 性 別

明・大・**昭**
○年 △月 ×日 **男**・女

事業所名及び事業所番号

する事業者

所の所在地

〇〇〇事業所

座間市緑ヶ丘〇-△

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

電話番号 046-×××-××××

担当
介護支援専門員氏名

フリガナ カナガワ ハナコ

介護支援専門員登録番号

神奈川 花子

0 1 2 3 4 5 6 7

サービス利用開始(予定)日 (○年 △月 ×日付) ※必ずご記入ください

サービスを利用する住所地
※住民登録地と異なる場合、受けられるサービスに制限がかかる場合があります。

住民登録地 家族宅(座間市内 座間市外)

施設(名称:

事業所を変更する場合の事由等

※該当

介護保険の居宅サービスは、**住民登録地のサービスを利用することとなります。**併せて「介護保険事務手続きのしおり」の「事務手続き注意事項」も御確認ください。

- 区分変更(要支援→要介護 事業対)
- 利用者都合(本人 家族)
- 事業所都合(
- その他(

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(地域密着型通所介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。

- 居宅サービス等の利用あり
(利用したサービス: **訪問介護**)
- 居宅サービス等の利用なし

座間市
上記の小

- 同月内に(看護)小規模多機能型居宅介護と居宅介護支援を利用した場合
⇒居宅介護支援事業所が(看護)小規模多機能型居宅介護の利用実績を含めて給付管理を行うこととなります。
- 事業対象者が要介護・要支援となり、介護給付・予防給付を利用する場合
⇒サービス利用開始日が請求の区分変更の際に重要になるので、正確に記入してください。

住所 座間市緑ヶ丘〇-〇-×

被保険者

氏名 座間 太郎

電話番号 046-×××-××××

届出日及び被保険者様の住民票の住所・氏名の記入、印が必要となります

()から有効の認定(新規・変更・更新)申請中 事業対象者

()有効開始日()

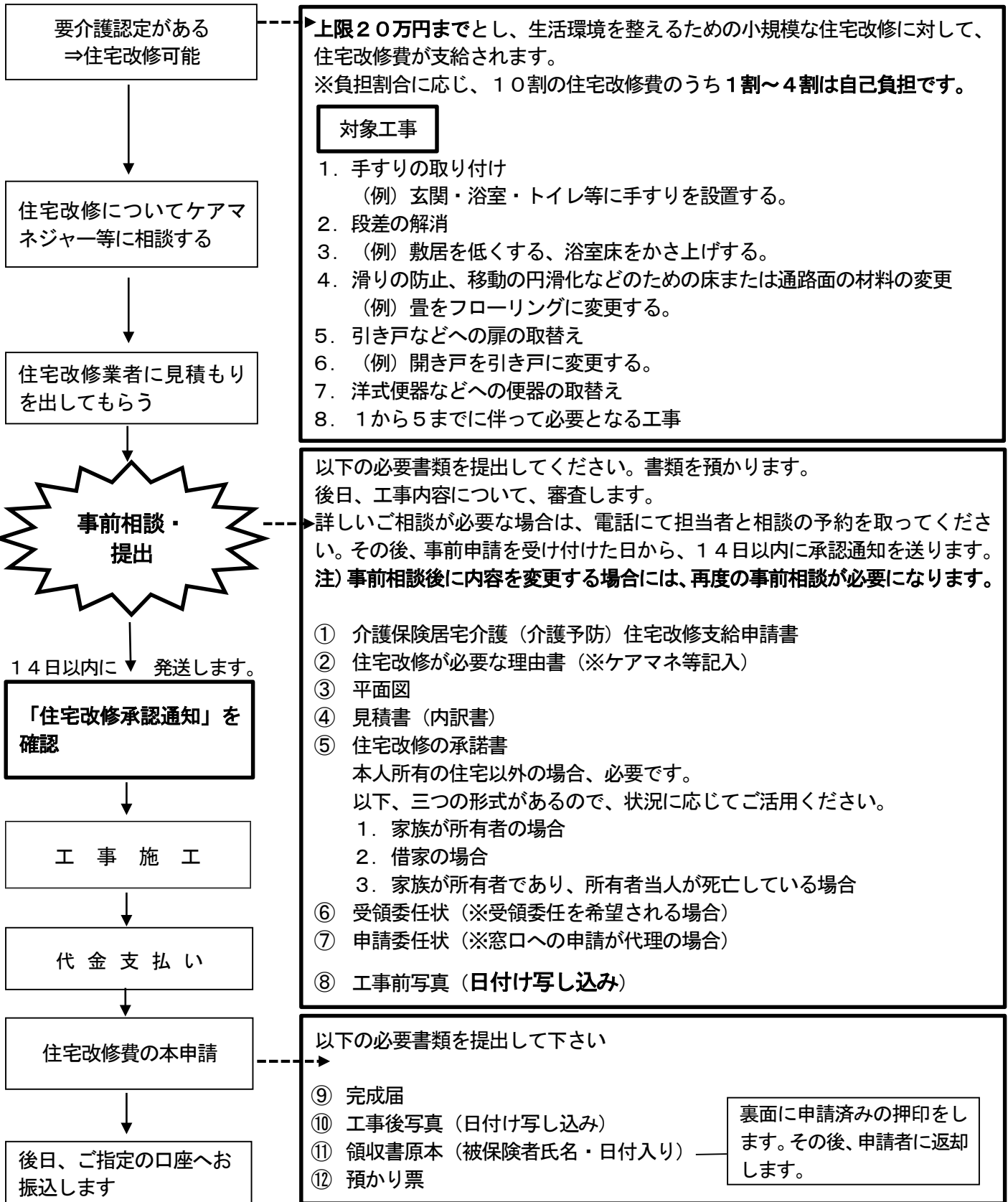
入力 / 確認 /

- (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座間市へ提出してください。届出のない場合は、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。
2. この申請について、個人番号を使用するの照会・調査を行うことがあります。

住宅改修費支給までの流れ

住宅改修は建設業務等の申請とは異なります。

介護保険での工事の申請です。申請の際に市から数回修正依頼をすることがあります。予めご了承ください。



座間市健康部介護保険課 保険係
046-252-7719（直通）

住宅改修費支給申請についてのお願い

住宅改修費が算定されるもの

1. 住宅改修の設計及び積算の方法について

住宅改修を伴わない設計及び積算のみの費用については、住宅改修費の支給対象とはなりません。

2. 新築または増築の場合

住宅の新築……住宅改修費の支給対象とはなりません。

増築の場合……新たに居室を設ける場合には、支給対象となりません。

・廊下の拡張に伴って手すりを取り付ける場合

・便器の拡張に伴い和式便器を洋式便器に変えた場合等

上記の場合は、それぞれ「**手すりの取り付け**」「**洋式便器への便座の取り替え**」
に**要した費用のみ対象**となりますので、下記3の方法により、支給対象部分を算定します。

3. 住宅改修費の支給対象外の工事も併せて行われる場合

A. 支給対象部分の抽出

支給対象部分について、面積・長さ等数量を特定して抽出し、それぞれに単価を乗じて金額を算定します。

B. 按分による方法

解体費や材・工に区分するのが困難な工事科目については、有意な方法で対象範囲を按分し、その根拠を明示します。

4. 被保険者等自らまたは家族等によって住宅改修を行った場合

材料費のみが支給対象です。工賃は支給対象ではありません。この場合、添付する「工事内訳書」は、使用した材料の内訳を記載したものを本人または家族が作成します。「住宅改修に要した費用に係る領収書」は、材料の販売者が発行したものとします。

5. 一つの住宅に複数の被保険者がいる場合

住宅改修費の支給限度額の管理は、被保険者ごとに行われるため、被保険者ごとに住宅改修費の支給申請をすることができます。ただし、一つの住宅で複数の被保険者に係る住宅改修が行われた場合、各被保険者ごとに対象となる工事を設定し、それが**重複しない**ようにします。つまり、手すりを複数箇所設置した場合は、被保険者ごとに箇所を分けてそれぞれ申請できますが、同一の便器の取り替えに40万円要した場合に20万円ずつ請求することはできません。

項目	質問	回答
写真	<p>① 写真について何か決まりはありますか</p> <p>② 写真の日付には決まりがあるか</p>	<p>① 改修箇所が明確に分かるようにしてください。写真内に改修内容（例：手すりのイメージ）を描きこんでください。</p> <p>段差解消の場合は、解消する段差が確認できるよう施工前後はスケール等を当てた写真が必要です。踏み台等を固定している金具を写してください。（施工後見えなくなる場合は施工中の写真も添えてください）</p> <p>② 改修前写真及び改修後写真には年月日を写し込みしてください。</p> <p>※カメラ、デジタルカメラの日付機能による表示やパソコンでの加工による年月日の記載は申請受理できませんのでご注意ください。</p>
工事内容の変更	手すりの裏の補強について、現場で変更になることがあるがどうしたらよいか	補強の増減についてのみの変更は、現場から速やかに電話で相談をしてください。事前承認内容を確認し、指示をさせていただきます。 <p>工事施工日時が市役所業務時間外、休日の場合には、中止をして頂き開庁日時に速やかに電話で相談をしてください。事前承認内容を確認し、指示をさせていただきます。</p>
工事内容の変更	事前相談承認後に被保険者から工事内容の変更依頼があった場合はどうしたらよいか	工事内容の変更（位置の変更等）については、すべて再度、事前相談をしてから着工を進めてください。承認を経ないで行った改修工事については、理由のいかんを問わず、給付の対象とはなりません。 <p>また、現場で着工時の工事内容の変更についても同等の扱いとなります。</p>
消費税	見積書の消費税についての注意点はありますか	消費税の値引きはできません。
業者	住宅改修の事業所の登録制度はあるか	座間市では業者の登録を現在は行っておりません。今後、変更の可能性がります。
業者	家族が大工を営んでいるが、住宅改修工事を発注した場合、工賃も支給申請の対象となるか	工賃は支給対象外です。材料の購入費のみが支給対象です。被保険者が自ら、住宅改修のための材料を購入し、本人又は家族等により住宅改修が行われる場合は、材料の購入費を住宅改修費の支給対象とすることとされています。
諸経費	保険給付対象となる諸経費はどこまでを含むのか	直接工事費の10%以下の金額です。直接工事費（材料費、取付金具費、解体費、廃棄処分費、施工費）と消費税等を除くものです。 <p>ただし、役所への申請書類作成料、申請代行料、工事完成写真代、作業員の損害保険料などは諸経費としては、認められません。</p> <p>なお、諸経費として計上されている金額の内訳については、必要最低限とし、保険者や利用者から説明を求められた際は内訳の詳細を明示する必要があります。</p>
工事内容	玄関の下駄箱や移動に掴まる家具への手すり取り付けは対象になるのか。	原則対象外です。玄関の下駄箱については、安全性の確保とその箇所以外では対応が出来ない等の理由がある場合には、介護支援専門員を通じて、保険者に相談してください。詳細は、事前相談で確認をします。

項目	質問	回答
工事内容	和式から洋式便器への変更を行う場合、給付対象となる部分はどこか	必要最低限として保険者が認める部分となります。非水洗の和式便器から水洗の洋式便器に取り替える場合において、便器本体の工事とともに、水洗化の工事が行われるかと思いますが、その場合の「水洗化」の工事は対象外です。 「便器の取替え」に付帯する工事として、「便器の取替えに伴う給排水設備工事」として想定しているのは、和式の水洗便所を洋式の水洗便所に変えるときに、配水管の長さや位置を変える部分に関わる部分のみであり、その部分が対象となります。
工事内容	介護保険の住宅改修と同時に給付対象としない工事を行う。見積はどう書けばよいか。共通の部分はどうするのか	内訳書に関しては、介護保険対象部分と対象外部分が明確にわかるように記載してください。見積書の費用は支給対象となる費用を明示してください。 支給対象部分は、使用する部分のみで定価から按分してください。 介護保険の給付対象となるのは厚生労働大臣が定める居宅介護住宅改修費等の支給に係る住宅改修の種類（平成12年12月28日 厚生省告示第481号）及び介護支援専門員等が作成する理由書で判断をします。
工事内容	ユニットバスに改修し、段差の解消と手すりの取り付けをしたいが全部が対象になるのか。	床、浴槽、手すり、扉は対象になる可能性があります。他は対象になりません。按分をした見積もり等が必要です。
工事内容	便器の洗浄機能の取り付け改修費は保険対象か。	対象外です。
付帯工事	「付帯工事など」とはどのようなものまでをいうのか	主なものは、以下のものが国より例示されています。 (1) 手すり 手すりの取り付けのための壁の下地補強 (2) 段差の解消 浴室の段差の解消（床のかさあげ）に伴う給排水設備工事、スロープの設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置 (3) 床または通路面の材料の変更 床材変更のための下地の補修や根太の補強または通路面の材質変更のための路盤の整備 (4) 扉の取り換え 扉の取り換えに伴う壁または柱の改修工事 (5) 便器の取り換え 便器の取り換えに伴う給排水設備工事（水洗化または簡易水洗化に係るものを除く）、便器の取り換えに伴う床材の変更 最終的には、必要最低限として保険者が付帯工事として認める範囲となります。 手すりの取り付けのために下地補強をするからという理由で壁全面のクロスの張替えなどは認められません。 詳細は、事前相談で確認をします。
受給権者	① 領収書の名義は誰にするのか。 ② 限度額を超えたときの領収書の記載について	① 被保険者 が受給権のある方です。被保険者本人の氏名（フルネーム）です。家族や大家等ではありません。ご注意ください。 ② 領収額に事前申請時の合計金額を記載してください。但し書きへ介護保険対象部分を記載してください。

項目	質問	回答
計算方法	計算方法について教えてください。	他のサービスと同様の考え方であり、保険給付額を小数点以下切り捨てで処理し、残額が自己（本人）負担となります。 具体的には、 工事費（消費税込）123,456円 負担割合1割の場合 保険給付分 $123,456 \times 90\% = 111,110.4$ <u>（小数点切捨て）</u> 本人負担分 $123,456 - 111,110 = 12,346$ 円 となります。
所有者	住宅所有者が既に死亡しており、承諾書の受領ができない場合はどうしたら良いか。	基本的には相続後に住宅改修を行うべきであるとする。しかし、急いで工事しなければならない場合は、「相続人代表者指定届・住宅改修にかかる承諾書」の提出をお願いします。

このエクセルファイルには、座間市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請に係る、次の必要書類の一式が入っています。

※	・申請書
※	・申請書理由書(P1～3)
	・平面図
	・見積書(内訳書)P1～2
※	・承諾書(賃貸契約の場合)
※	・承諾書(家族用:賃貸契約がある場合を除く)
※	・申請委任状(法人用・個人用)
※	・受領委任状
※	・完成届出書
	・工事前写真台紙
	・工事後写真台紙

～書類作成時のお願い～

※印のついたものについては、座間市の用紙を御使用ください。

※印以外のものについては、任意の書式でも申請が可能です。

必要事項を満たすように書類を作成してください。

また、記入例を用意しております。

ホームページからダウンロードできます。併せて御確認ください。

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		保険者 番号		1	4	2	1	6	6
被保険者氏名		被保険者 番号	/						
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 電話番号()								
住宅所有者	本人との関係)								
改修の内容 箇所及び規模	施工業者名								
	着工予定日		年 月 日						
	着 工 日		年 月 日						
	完 成 日		年 月 日						
	領 収 日		年 月 日						
負担割合	() 割 ※負担割合証及び被保険者証を確認し記入してください。								
改 修 費 用	円								

(宛先)座間市長

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 座間市
 申 請 者 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____

この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。

※この申請書に、以下の書類を添付してください。 事前申請した内容に変更がある場合は、保険者に確認が必要です。

(改修前) ・ 理由書 ・ 平面図 ・ 見積書(内訳書) ・ 工事前写真(日付写込) ・ 所有者の承諾書(所有者が本人と異なる場合)

・ 受領委任状(受領委任払いを希望される場合) ・ 申請委任状(窓口への申請が代理の場合)

(改修後) ・ 完成届 ・ 工事後写真(日付写込)

・ 領収書原本(被保険者名義)→※生活保護受給者の場合(被保険者名義/座間市長宛)

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 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	口座番号(右づめで記入)						
	金融機関コード	支店コード	種目	1普通預金		2当座預金			
	フリガナ								
	口座名義人								

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

○保険者確認欄

給付制限	添付書類確認	<input type="checkbox"/> 理由書	<input type="checkbox"/> 見積・内訳書
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 承諾書	<input type="checkbox"/> 図面・写真等
事前相談承認担当者			

住宅改修が必要な理由書

(P1)

<基本情報>

被保険者番号		明・大・昭	生年月日	年	月	日	歳
被保険者氏名		要介護認定 (該当に○)	要支援	1・2	申請中※1		
住所	座間市	要介護	1・2・3・4・5	更新中			

改修前 現地確認日	年	月	日	理由書 作成日	年	月	日
作成者	居宅介護支援事業所名 所在地・電話番号 介護支援専門員等氏名						

<住宅改修における確認事項> 《該当する□に√してください》

在宅(改修する住宅と住所地が同一) 要介護等認定申請中※1 入院・入所中(退院等)に向けた改修→退院等の予定日: 年 月 日 ※2
 改修2回目以降以降(利用済額 円) 転居によるリセット適用 介護度の3段階リセット適用 障害施策との併用※3
 ※1 認定結果が確定してから本申請 ※2 退院・退所してから本申請 ※3 事前相談が必要

リハ職の助言 同居家族状況 検討したかどうか
 無 単身 居室の変更 福祉用具の利用 相見積を取ったか 有 無
 有 理学療法士(PT) 同居 ★相見積を取った業者と金額
 作業療法士(OT) その他 業者名: ¥
 () 業者名: ¥
 ☆ 相見積を取らない場合の理由

居室形態 居住形態
 戸建(特家) 1.戸建の場合 → 主に 階で生活
 戸建(借家) 2.被保険者の居室
 集合(特家) → 専用・共用
 集合(賃貸) 3.居室の広さ → 約 畳

保険者確認欄 確認日	年	月	日
氏名			
評価			

<総合的状況>

利用者の 身体状況	福祉用具の利用状況	
	品目	改修前 改修後
介護状況	車いす	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	特殊寝台	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	体位変換器	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	手すり	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	スロープ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	歩行器	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	移動用リフト(つり具部分を除く)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
自動排泄処理装置(交換可能部品を除く)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	腰掛便座	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	自動排泄処理装置の交換部品	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	移動用リフトのつり具部分	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	入浴補助用具	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
購入		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
貸与		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他(自費で利用している福祉用具等)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(平成30年12月改正)

住宅改修が必要な理由書

(P2)

<P1の「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。>

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難な状況(…)なので…で困っている)を記入してください	③改修目的・期待効果を子チェックした上で、改修の方針(…すること…が改善できる)を記入してください	④改修項目(改修箇所)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレの入り口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持(洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いすなど、装具の着脱 <input type="checkbox"/> はき物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	

住宅改修が必要な理由書

(P)

(継続用紙)
座間市介護保険課

<P1の「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。>

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難な状況(…)で困っているを記入してください	③改修目的・期待効果をチェックした上で、改修の方針(…)すること…が改善できる)を記入してください できないことをできる ようにする	④改修項目(改修箇所) 手すりの取付け
その他の活動			<input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> できないことをできる ようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> できないことをできる ようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	
			<input type="checkbox"/> できないことをできる ようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	

平面図

フリガナ	被保険者番号									
被保険者氏名										
1. 平面図(改修部分は朱書き)										

※ 添付書類

1. 改修前の写真(日付写し込み)

(平成30年12月改正)

住宅改修承諾書

年 月 日

住宅改修承諾書についてのお願い

(所有者)

住所 _____

氏名 _____ 殿

(賃借人)

住所 _____

氏名 _____

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので承諾願います。

記

(1)住宅	名称	
	所在地	
	住戸番号	
(2)住宅改修の概要	個所・部位	内容

承諾書

上記について承諾します。

(なお、 _____)

年 月 日

(所有者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(注)

- 1 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、所有者に2通提出してください。所有者は、承諾する場合には本承諾書の点線から下の部分を記載し、1通を賃借人に返還し、1通を保管してください。
- 2 (1)の欄は、契約書頭書を参考にしてください。
- 3 承諾にあたっての確認事項があれば、「なお、」の後に記載してください。

(平成30年12月改正)

住宅改修承諾書(家族用:賃貸契約がある場合を除く)

年 月 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所

氏名

印

(続柄)

私は、下記表示の住宅に、(被保険者氏名) _____ が

別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行う
ことを承諾いたします。

住宅改修を行う住宅(所在地)

座間市

(注)共有名義の場合は、被保険者以外の名義人の方全員の承諾書が必要となります。

(平成30年12月改正)

年 月 日

相続人代表者指定届・住宅改修にかかる承諾書

(代表相続人・住宅改修承諾者)

住 所

氏 名

所有者との続柄(

(住宅改修を行う住宅の所在地)

座間市

(住宅所有者)

氏名

死亡年月日 年 月 日

上記表示の住宅所有者が死亡しているため、私が相続人代表者となり、被保険者

が別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」
の住宅改修を行うことを承諾いたします。

なお、この届け出について他の相続人から疑義の申出があったときには、一切の責任を負うことを誓約します。

(令和3年1月改正)

委 任 状

委任者 住 所

氏 名

印

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請 本申請 (※該当する委任行為の□に✓してください)

について、申請に関する権限を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所

事 業 者 名

代表者氏名

印

電 話 番 号

(平成30年12月改正)

委 任 状

委任者 住 所

氏 名

印

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請 本申請 (※該当する委任行為の□に✓してください)

について、申請に関する権限を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所

氏 名

印

電 話 番 号

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

委 任 状

委任者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費の
給付費の償還払いによる受領方法に承諾し、そ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 _____

事業者名 _____

代表者氏名 _____ 印

電話番号 _____

(平成30年12月改正)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修工事完成届

年 月 日

(宛先)座間市長

住所 _____

氏名 _____

年 月 日付けで事前申請しました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修が、
次のとおり完成しましたので届け出ます。

施工住所	
改修工事内容・箇所	

着工年月日	年 月 日
完成年月日	年 月 日

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

※退院・退所していない場合、支給できませんのでご注意ください。

添付書類

- 1 住宅改修後の写真(日付写し込で、浴室、廊下等の箇所ごとがわかるもの)
- 2 住宅改修に要した費用に係る領収書

(平成30年12月改正)

改修場所

工事前の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)
写真内に改修内容(例:手すり取付 等のイメージ)を描きこんでください。

改修場所

工事前の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)
写真内に改修内容(例:手すり取付 等のイメージ)を描きこんでください。

改修場所

工事前の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)
写真内に改修内容(例:手すり取付 等のイメージ)を描きこんでください。

改修場所

工事後の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)

改修場所

工事後の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)

改修場所

工事後の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

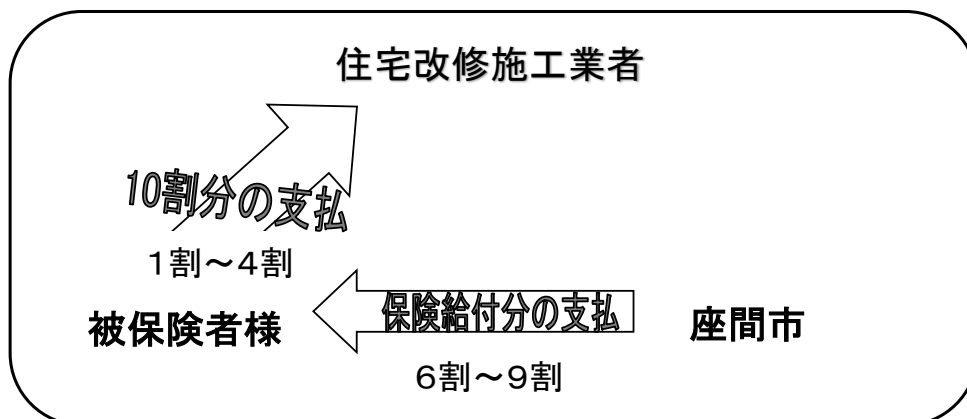
改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)

住宅改修記入例(償還払い)

償還払いでの住宅改修支給申請書の記入例です。
ご不明な点がありましたら、担当までお問い合わせください。

償還払いとは

被保険者様が住宅改修施工業者に全額の費用を支払い、
その後、保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を座間市が被保険者様に支払う方法です。



注意事項

- ① 申請の際には、必要書類がそろっているか、日付等記入漏れがないか、今一度ご確認の上、介護保険課の窓口にお越しく下さい。
- ② 捨印の意味をきちんとご利用者やご家族に説明をした上で、正しい利用をして頂かないと受付ができません。
- ③ 消えるボールペンでの記入は受け付けできません。
後に発覚した場合には、再提出をして頂きます。
メーカーでも公文書や証書類・宛名書き等に使用してはいけないと注意書きされています。
ご利用者様やご家族様に記入していただく場合は、
官公署に提出する大切な書類であることをご説明の上、正しく記入していただくようにしてください。
- ④ 申請に当たりましては、追加で資料等をご用意いただく場合がありますのでよろしくお願いします。

(記入例) 黒字の部分について記入してください。

第52号様式

※必ず工事前に申請書を提出

※ 個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。

個人番号を記載するとき「マイナンバーを記入するにあたって」を御確認ください。

介護保険居宅介護(介護予防)												
フリガナ	ザマ タロウ										6	6
被保険者氏名	座間 太郎										9	9
生年月日	明大・昭	25	年	4	月	1	日	性別	男	女		
住所	座間市緑ヶ丘1丁目1番1号										☑在宅 ☐入院・入所中	
住宅所有者	座間 太郎										本人との関係 本人	
改修の内容 箇所及び規模	手すり工事 5ヶ所										施工業者名	株式会社 座間介護設備
	敷居の段差解消 1ヶ所										着工予定日	△△年○月×日
											着工日	年 月 日
											事前申請後、市から差し替え依頼等がなければ14日以内に承認通知を発送します。承認通知を確認後、着工してください。	
負担割合	(1) 割 ※負担割合証及び被保険者証											
改修費用	200,000											
(宛先)座間市長 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 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号 申請者 氏名 座間 太郎 電話番号 046-252-7719												
申請日(届出日)は必ず記入してください。												
必ず被保険者の印鑑を押印してください。												
この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。 ※この申請書に、以下の書類を添付してください。 事前申請した内容 (改修前)・理由書・平面図・見積書(内訳書)・工事前写真(日付写込)・所有者の承諾書(所有者が本人と異なる場合) ・受領委任状(受領委任払いを希望される場合) ・申請委任状(窓口への申請が代理の場合) (改修後)・完成届 ・工事後写真(日付写込) ・領収書原本(被保険者名義)→※生活保護受給者の場合(被保険者名義/座間市長宛)												
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	座間 銀行 本店 座間 支店 出張所 信用金庫 信用組合 農業協同組合										口座番号(右づめで記入)	
	金融機関コード										支店コード	
	7 7 7 7										8 8 8	
	フリガナ										ザマ ジロウ	
口座名義人										座間 次郎(長男)		
※償還払いの場合には、指定の口座に入金となります。												
○保 償還払いの場合は、被保険者様又は、ご家族様の口座をご記入ください。 給付 被保険者様の口座をご記入いただいた場合は、被保険者様とのご関係も併せてご記入ください。 □有 事												

住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

被保険者番号	生年月日	明
被保険者氏名	要介護認定	座間 花子
住所	〒	座間市緑ヶ丘1-1-1 センター

△△年 ○月 ×日

【座間市介護保険課】の様式をご使用ください。
この様式以外は受付できません。

該当する箇所に忘れずに印をつけて下さい。入院・入所中かこちらで確認できません。
事前相談処理時点で入院・入所中なのか、本申請時在宅に戻られたか等、確認させていただきます。

<住宅改修における確認事項>

在宅(改修する住宅と住所が同一) 要介護等認定申請中※1 入院・入所中(退院等に向けた改修→退院等の予定日: 年 月 日)※2
 改修2回目以降(利用済額 円) 転居によるリセット適用 介護度の3段階リセット適用 障害施策との併用※3

※1 認定結果が確定してから本申請 ※2 退院・退所してから本申請 ※3 事前相談が必要

リハ職の助言

同居家族状況

無 単身 同居 その他 ()

居室の変更 福祉用具の利用 相見積を取ったか 有 無

★ 相見積を取った業者と金額 業者名: 座間建設 ￥ 40,000

☆ 相見積を取らない場合の理由

平成30年10月1日より、住宅改修を行う場合は、ケアプラン作成時に相見積を取り、被保険者へ助言するようになりました。

<総合的状況>

利用者の身体状況	脳梗塞、両変形性膝関節症。平成○年△月×日、A病院に入院し、脱水による脳梗塞と診断を受けたが麻痺はなく、□月○日に退院。現在、起き上がりはものにつかまれば可能。立ち上がり時に左膝疼痛あり。屋内歩行はゆっくりだが、つたい歩きが可能。屋外移動には車いすを介助により使用。リハビリにて回復の可能性あり。車は持っているが、膝の痛みがあるため、免許返納予定。	福祉用具の利用状況	改修前	改修後
介護状況	同居だが、同一敷地内長女夫婦が居住。近隣には長男家族が居住。長女、長男が交代で介護可能。今は排泄についてはポータブルトイレを利用している。入浴は、訪問入浴利用の週2回のみである。特に上がりかまち段差の昇降は介助がないと難しい。	車いす <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input checked="" type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩 <input type="checkbox"/> 歩 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	トイレで排泄させたい。入浴については訪問入浴を利用しつつ、休日はバスボードの利用で長男長女による介助入浴の負担軽減を図る。通所介護への送迎時も含めて、外出時の介護負担を軽減したい。脱水に留意し、在宅生活を長くできるよう配慮する。長男長女の援助を受ける事とするが、介護疲労に注意し、介護サービスの導入と通所介護・通所リハビリテーションの利用につなげていく。福祉用具と住宅改修を導入することにより、排泄の自立を第一目標とし、さらに介護者の希望である通所介護や、休日の外出介助時の負担軽減を図り、外出機会の増加を検討していく。	貸与		

移動や立ち上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況、屋内及び屋外での移動方法(自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用など)を記述する。

家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記入する。

住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、ADL、社会参加など、日常生活をどう変えたいかと思っているのか(特に何を希望しているか)また、その効果を記入する。

改修前と改修後想定される福祉用具の利用状況を記入する欄です。
(例) 改修前に福祉用具貸与で手すりを使用していた。その場所に住宅改修により手すりを設置することとなったとき。

住宅改修が必要な理由書

(P2)

＜P1の「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。＞

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難な状況(…な)で困っているを記入してください	③改修目的・期待効果をチェックした上で、改修の方針(…することで…が改善できる)を記入してください	④改修項目(改修箇所)
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り口の出入(扉の開閉を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他()	移動はつたい歩きで何とか可能。左膝に痛みが生ずることあり。居室から廊下に3cmの段差あり、段差の昇降が不安定。 便座への座位はつかまるものがないため困難。特に入出口にもつかまるところがないので、扉の開閉動作が危なっかしい。	<input checked="" type="checkbox"/> できなかつたことのできるようになる <input checked="" type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け (廊下の移動経路) <input type="checkbox"/> トイレ内立ち座り用、衣服着脱用 <input type="checkbox"/> 上がりかまち横壁面 <input type="checkbox"/> 玄関扉付近の内外壁面 <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 (廊下3cmかさ上げ) <input type="checkbox"/> 上がりかまちに踏み台設置 <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 <input type="checkbox"/> (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他()	居室から浴室までの移動は「排泄」と同じ。浴槽をまたぐ際に転倒の不安があり危険。	<input checked="" type="checkbox"/> できなかつたことのできるようになる <input checked="" type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 上がりかまちに縦手すりと踏み台設置により、上がりかまちの昇降を1人で行えるようにする。 <input type="checkbox"/> 玄関扉の内と外の壁面に手すりを取り付けることにより、扉の開閉を安定して行えるようにする。 <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input checked="" type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いすなど、装具の着脱 <input type="checkbox"/> はき物の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他()	上がりかまちに40cmの段差があり、介助がないと昇降できないので困っている。	<input type="checkbox"/> できなかつたことのできるようになる <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 改修内容の項目をチェックし、内容を記入する。 <input type="checkbox"/> 改修箇所は、場所だけではなく「手すりなら、「便器横壁面」等その取付箇所まで記述する。
その他の活動	<input type="checkbox"/> 現状の改善を必要とする動作についてチェックをする。今回改修の対象でない項目にはチェックは不要。	生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記入する。	<input type="checkbox"/> ①②を記入し、現状の問題点をふまえた上で、改修目的の項目を子エックする。 <input type="checkbox"/> 各行為の困難事項を改善するために、どのような改修を行うのか、その方針を記入する。	<input type="checkbox"/> 改修内容の項目を子エックし、内容を記入する。 <input type="checkbox"/> 改修箇所は、場所だけではなく「手すりなら、「便器横壁面」等その取付箇所まで記述する。

住宅改修が必要な理由書

(P)

(継続用紙)
座間市介護保険課

＜P1の「総合的状态」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。＞

活動	①改善しようとしている生活動作 ②①の具体的な困難な状況(…なので…困っている)を記入してください	③改修目的・期待効果をチェックした上で、改修の方針(…することで…が改善できる)を記入してください	④改修項目(改修箇所)
その他の活動		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け () () () () <input type="checkbox"/> 段差の解消 () () () () <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え () () <input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 () () <input type="checkbox"/> その他 () () ()
		<input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	

P2だけでは足りないときに使用してください。