

# 介護保険

## 事務手続きのしおり

[令和8年6月改定]

座間市介護保険課



©座間市

# 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. 029・・・事務手続き注意事項
- P. 032・・・申請書等へのマイナンバーの記入について
- P. 034・・・住民票の異動と住所地特例について
- P. 038・・・介護保険負担限度額認定申請書類について
- P. 042・・・負担割合及び所得申告について
- 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. 057・・・住宅改修
- P. 115・・・福祉用具購入
- P. 129・・・介護事業者からの質問
- P. 132・・・軽度者福祉用具に関する書類
- P. 148・・・短期入所生活介護継続利用に関する書類
- P. 153・・・生活援助算定
- P. 159・・・Q & A
- P. 177・・・過誤申立書
- P. 181・・・介護保険料
- P. 187・・・事故報告
- P. 192・・・座間市訪問型サービスA事業について
- P. 193・・・入院時情報提供書の手引
- P. 196・・・バイタルリンクの利用について
- P. 197・・・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

( \_\_\_\_\_ )



- ★ 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)

座間市長 宛 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"/> その他										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	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 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"/> 指定介護老人福祉施設 <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"/> 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	<p>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、本市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。</p> <p>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。</p> <p>3. 上記に記載した医療機関の主治医と異なる医師が意見書を作成した場合においても、担当の医師が作成した意見書として受け入れることに同意します。</p> <p>※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。 <b>事業者の従業員による代筆はできません。</b></p>																	
	本人氏名												親族等代筆者名		(続柄)			

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( 月末まで)

(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)										続柄(事業者名)		
											電話番号		( )
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(続柄 )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"/> がん( ) <input type="checkbox"/> 骨折( ) <input type="checkbox"/> 認知症 <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"/> 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"/> 介護リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <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( )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、立会者等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 <input type="checkbox"/> 更新申請の場合、担当ケアマネジャーに訪問調査をお願いしたい その他 ( )												

【市確認】被保険者証 資格者証 / 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)  
 調査員担当(窓口・郵送・契約(法人・事業所)) 市( 4 )外部( ) / 郵送(連絡あり・なし)



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( 月末まで)

(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							続柄(事業者名)		長女	
											電話番号		090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
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 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 checked="" type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 家族(続柄 )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"/> がん(乳がん) <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(大腿骨) <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 介護リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <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"/> デイサービス <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 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	転倒をして大腿骨を骨折したため。	
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、立会者等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 <input type="checkbox"/> 更新申請の場合、担当ケアマネジャーに訪問調査をお願いしたい その他			

【市確認】 被保険者証 資格者証 / 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)  
 調査員 担当(窓口・郵送・契約(法人・事業所)) 市( 6 ) 外部( ) / 郵送(連絡あり・なし)

○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たり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
  - ・介護保険施設等
  - ・訪問介護事業者
- 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（身分証明書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。
  - ・原則郵送は不可となっております。やむを得ない場合は、下記担当までお問い合わせください。
- 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 <input type="checkbox"/> 有効期間開始前		

### 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

F A X：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 \_\_\_\_\_

## 完 了 届

調査委託のありました件について、令和8年3月中に完了した調査を、次のおり届け出します。

1. 調査件数 \_\_\_\_\_ «合計件数» \_\_\_\_\_ 件
2. 今回調査対象者名簿 (別添)
3. 調査票 (別途提出済み)

«事業者名称»

## 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)		税申告の 対象とする年		年分							
	要介護(1・2・3・4・5)												

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 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 座間 花子 (続柄 妻 )

- ◆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			



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→健康・福祉・医療→介護保険→市内事業所一覧（空き情報）→座間市介護予防・日常生活支援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

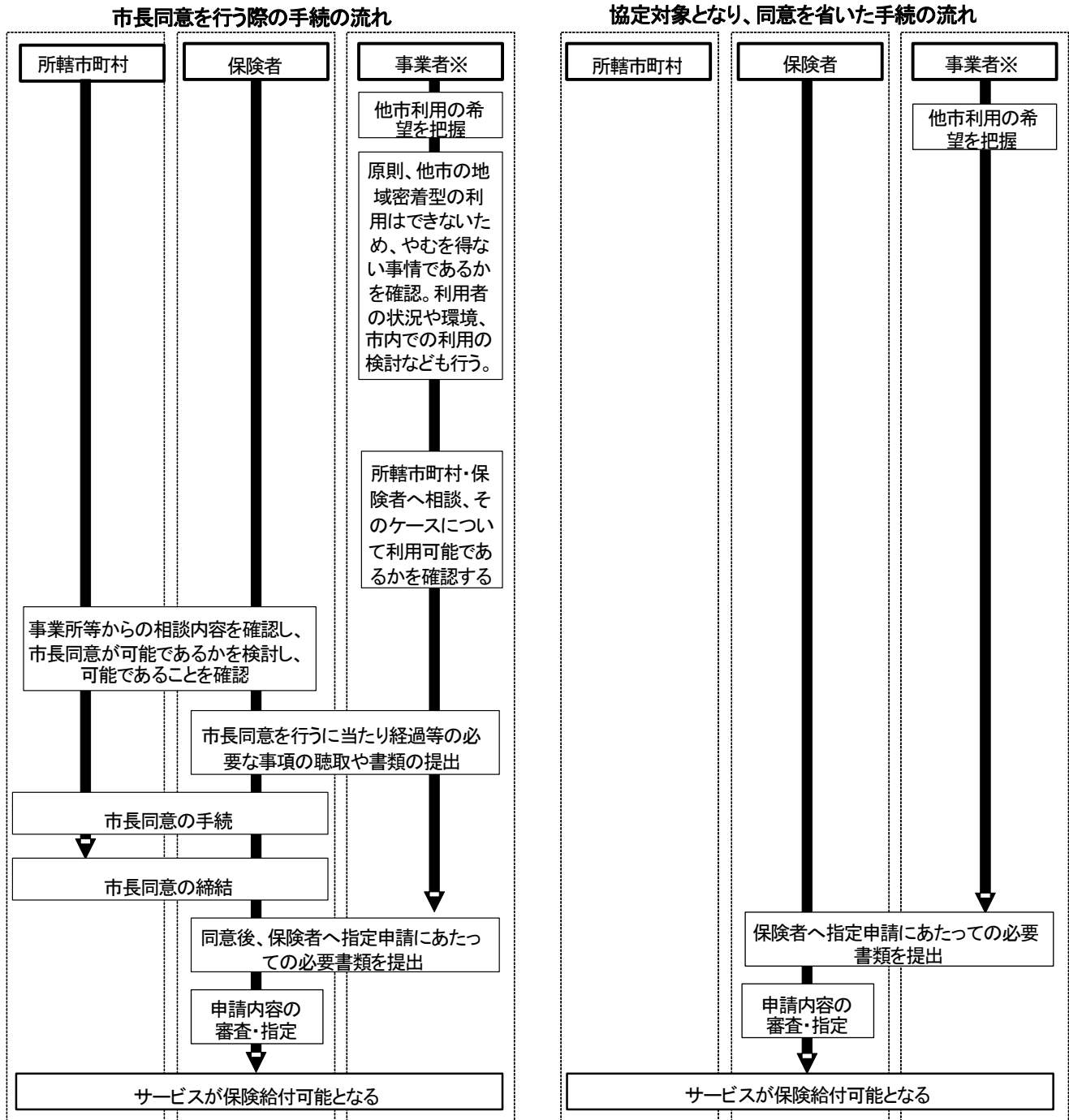
座間市と綾瀬市、海老名市の間における全ての地域密着型通所介護事業所では、市長間の同意を省くことが可能である協定対象事業所があります。協定対象かつ指定のある事業所については、座間市内の地域密着型通所事業所と同様に利用することが可能です。

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。

## (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 2km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

★顔写真付きの本人確認書類を提示していただくことがあります。

ケアマネジャーの場合は介護支援専門員証、包括支援センターの場合は職員証の提示をお願いします。

★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。暫定期間中の利用場合は、暫定プランも必要となります。

★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、受付できません。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ご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、速やかに届け出てください。

※利用開始日と届出日に疑義が生じた場合は、理由書やケアプランの提出を求める場合があります。

※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って、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、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、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）

※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、被保険者証以外の証は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。

## マイナンバーを申請書に記入すると、次の書類が必要です。

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。

なお、マイナンバーがわからない場合等で記入されていない場合でも、申請は受理します。

申請書等にマイナンバーを記入した場合、なりすまし等の不正を防止するために、本人確認（「番号確認」と「身元確認」）を行います。

申請書等のマイナンバー記入欄が空欄であった場合、各担当が職権でマイナンバーを確認させていただきます。その際、本人確認（「番号確認」と「身元確認」）は行いません。

### 被保険者本人が窓口で申請する場合

#### ① 本人のマイナンバーを確認できる書類（番号確認）

次のいずれか1点を持参してください。

- ・マイナンバーカード（写しでも可）
- ・個人番号通知カード（写しでも可）
- ・マイナンバーの記載された住民票の写し等（写しでも可）

#### ② 本人確認のできる書類（身元確認）

次のいずれかの書類を持参してください。

- ・写真付（運転免許証等）
- ・それ以外2点以上（保険証、年金手帳等）

### 代理人が窓口で申請する場合

#### ① 代理権の確認ができる書類

委任状等を持参してください。

#### ② 被保険者本人のマイナンバーを確認できる書類（番号確認）

次のいずれか1点を持参してください。

- ・マイナンバーカード（写しでも可）
- ・個人番号通知カード（写しでも可）
- ・マイナンバーの記載された住民票の写し等（写しでも可）

#### ③ 代理人の本人確認のできる書類（身元確認）

次のいずれかの書類を持参してください。

- ・写真付（運転免許証等）
- ・それ以外2点以上（保険証、年金手帳等）

### 被保険者本人が郵送で申請する場合

- ① 本人のマイナンバーを確認できる書類の写し（番号確認）  
次のいずれか1点を同封してください。
  - ・マイナンバーカード（写し）
  - ・個人番号通知カード（写し）
  - ・マイナンバーの記載された住民票の写し等（写しでも可）
  
- ② 本人確認のできる書類の写し（身元確認）  
次のいずれかの書類の写しを同封してください。
  - ・写真付（運転免許証等）
  - ・それ以外2点以上（保険証、年金手帳等）※被保険者証番号等は黒塗りする等の対応をお願いいたします。

### 代理人が郵送で申請する場合

- ① 代理権の確認ができる書類  
委任状等を同封してください。
  
- ② 本人のマイナンバーを確認できる書類の写し（番号確認）  
次のいずれか1点を同封してください。
  - ・マイナンバーカード（写し）
  - ・個人番号通知カード（写し）
  - ・マイナンバーの記載された住民票の写し等（写しでも可）
  
- ③ 代理人の本人確認のできる書類の写し（身元確認）  
次のいずれかの書類の写しを同封してください。
  - ・写真付（運転免許証等）
  - ・それ以外2点以上（保険証、年金手帳等）※被保険者証番号等は黒塗りする等の対応をお願いいたします。

### ※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、申請書等へのマイナンバー欄は記入不要です。

## 住民票の異動と住所地特例について

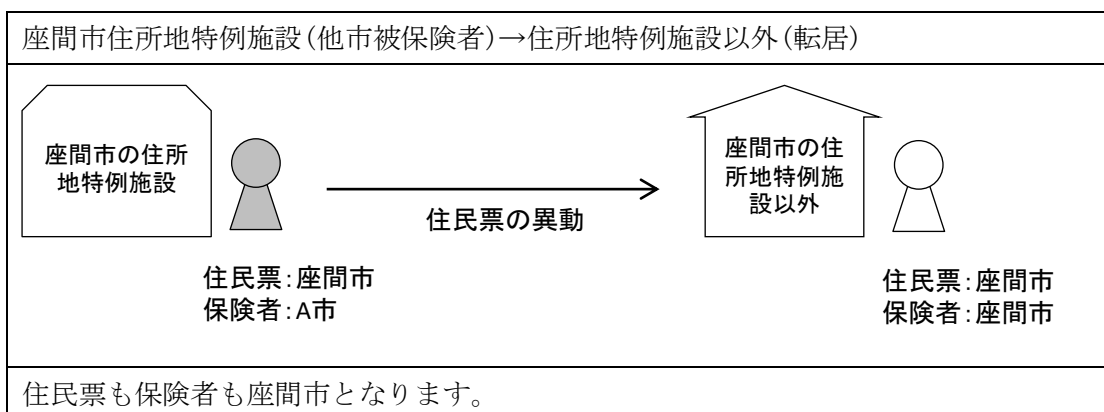
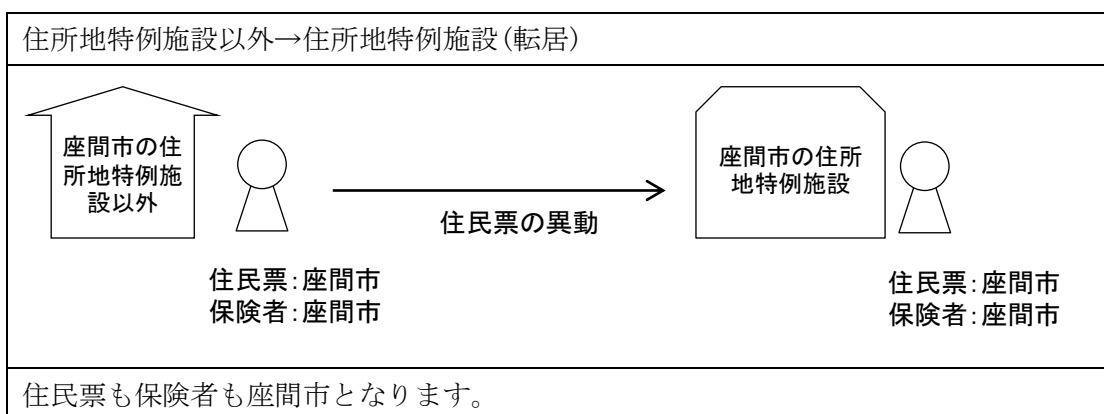
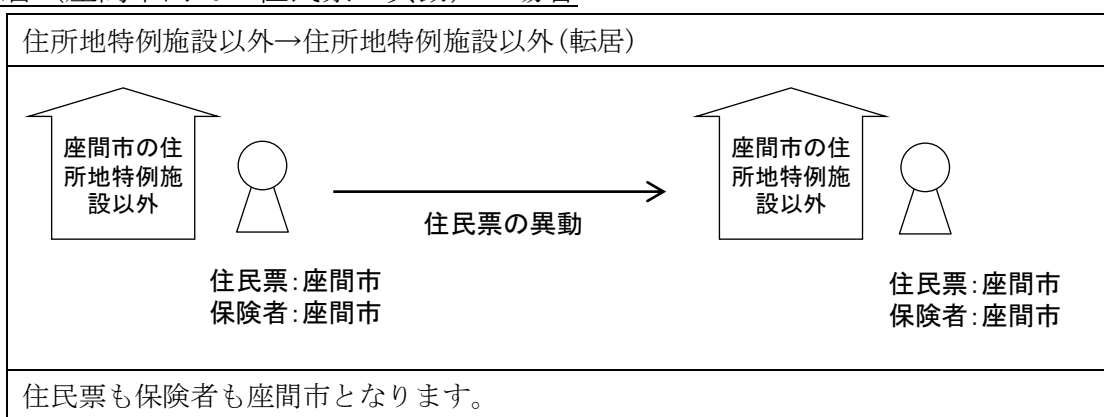
保険者は、被保険者の要介護認定、資格、保険料、給付の管理を行います。住所地特例となった場合には、住民票のある市区町村と保険者である市区町村が異なることとなりますので、注意して下さい。担当される利用者の保険者がどこであるかは、被保険者証で確認することができます。

また、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。

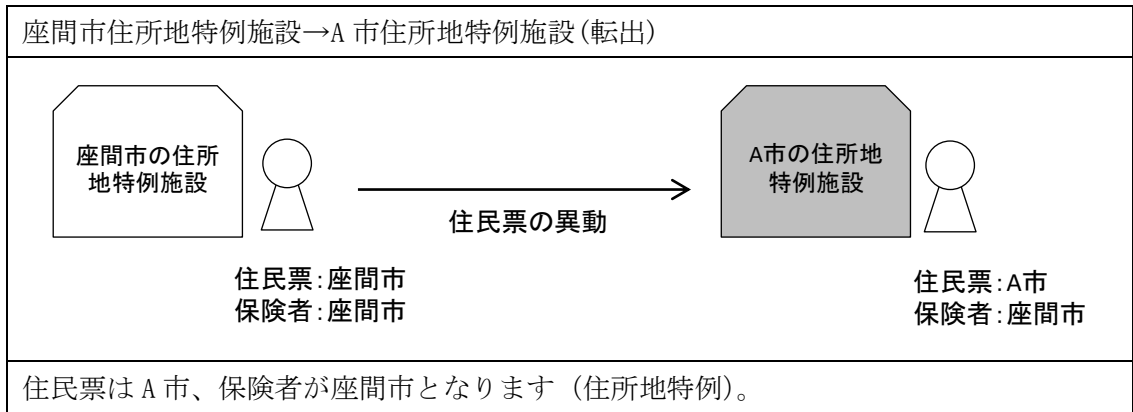
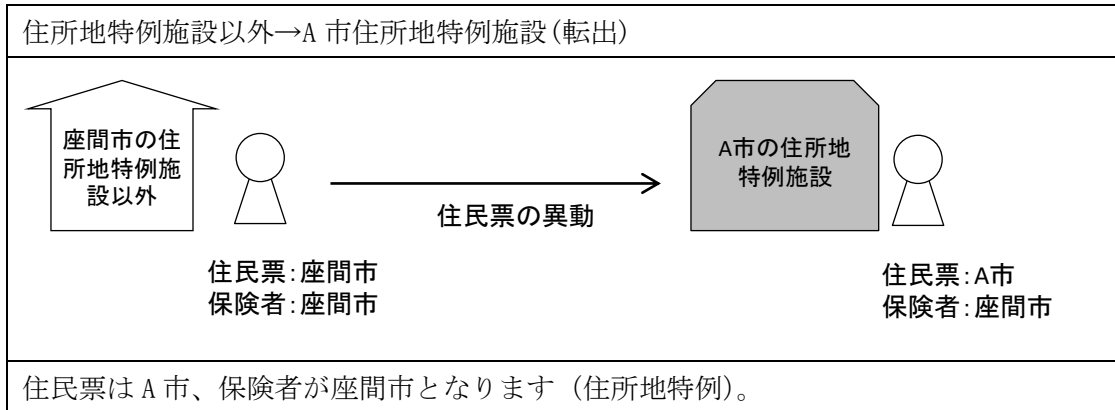
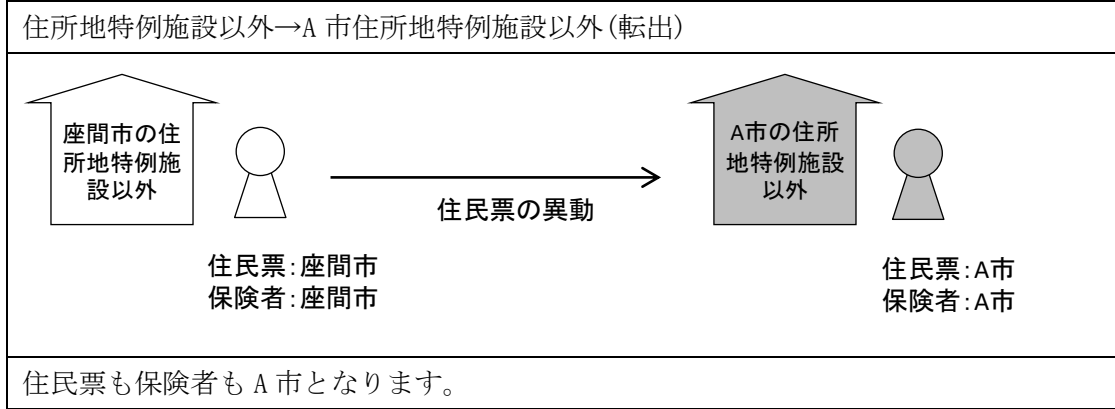
なお、厚生労働省HPにて、『全国の有料老人ホームの一覧（住所地特例対象施設に限る）』が公開されています。参考にしてください。

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

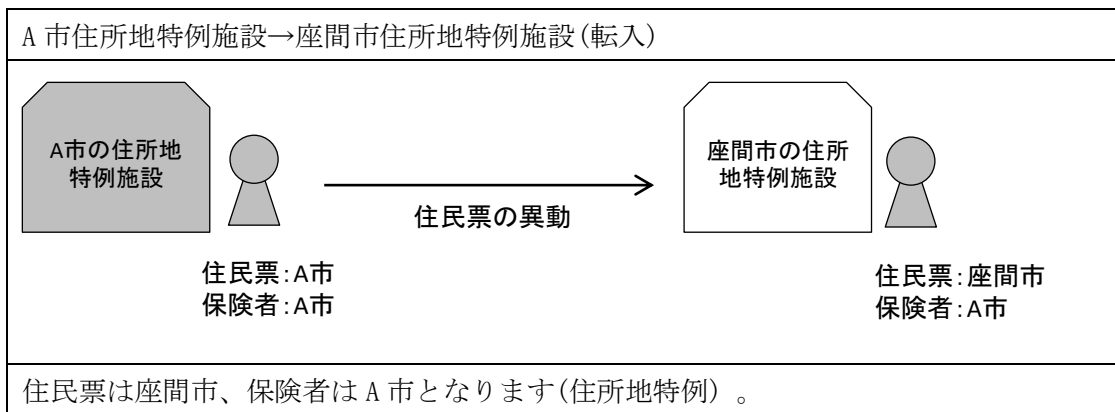
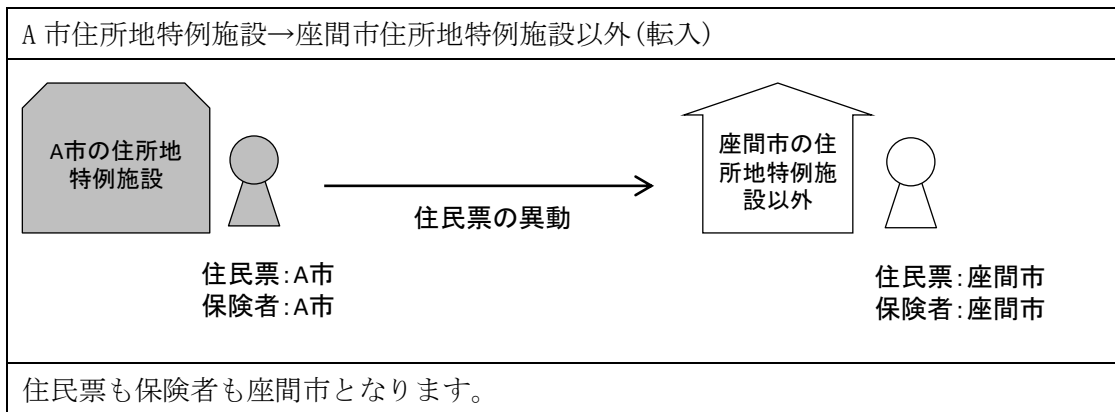
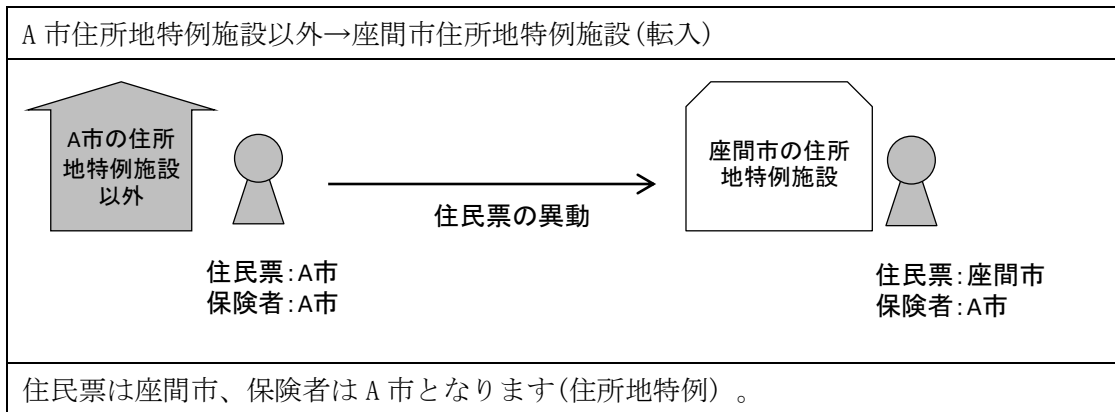
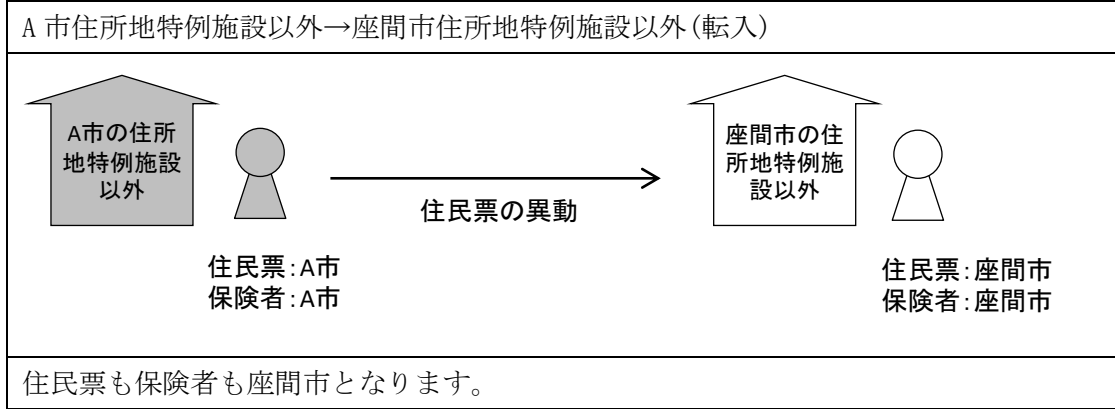
### 転居（座間市内での住民票の異動）の場合



転出（座間市から他市へ住民票の異動）の場合

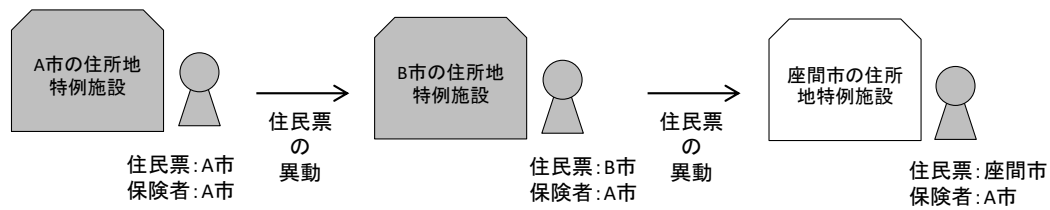


転入（他市から座間市へ住民票の異動）の場合



### 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)。

# 介護保険負担限度額認定 申請書類について



座間市マスコットキャラクター  
「ごまりん」

## ■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、  
所得等の状況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。

### ◎対象となる施設

介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護医療院、  
短期入所生活介護及び短期入所療養介護（ショートステイ）

※有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、ケアハウスは対象外です。

## ■負担限度額認定の要件

- 1 住民税非課税世帯であること
- 2 世帯が別でも配偶者（事実婚等パートナーを含む）がいる場合には、配偶者も住民税非課税であること
- 3 本人の所得の状況に応じた預貯金等の金額が条件に当てはまること（P 4 参照）  
※対象になる「預貯金等」は「■預貯金等に関する申告を証明する書類について」（P 2、3）を参照
- 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

## ■利用までの流れ

申請する（受付） 申請書 同意書 申請者の本人確認書類  
添付資料（通帳の写し等） チェックリスト

窓口持参、郵送可

ケアマネジャー、施設職員等による申請書の記入及び申請不可。代行提出のみ可

書類審査

不明な点、書類不備についての確認

結果通知（認定証交付）

住民登録地または届出済の送付先へ送付

認定証を施設へ提示

提示がない場合は負担が軽減されません

■宛先・問合せ先 座間市役所 介護保険課 介護保険係

〒252-8566 座間市緑ヶ丘一丁目1番1号

電話 046-252-7719（直通）

## ■預貯金等に関する申告について必要な書類（本人・配偶者共必要）

◎預貯金額 口座残高の合計金額を申請書に記入してください。

### 通帳がある場合

※写しの提出が必要です。

通帳のみ持参された場合、受付で写しは取りません。申請者の方がご準備ください。

#### 1 申請直前に記帳してください。

直近で記帳をして、最終行の日がちが2週間以上前になる場合は、通帳の写しの余白に記帳手続をした日を記載してください。

（例：最終記帳手続日 令和7年7月1日）

#### 2 通帳を開いた1，2ページ目

次の内容がわかるようにコピーしてください。

- ・銀行名 ・支店名 ・名義人名
- ・普通預金口座番号 ・定期預金等口座番号  
（積立等貯蓄性のあるもの全て）

口座名義人	カゴ 知ウ 様		
店番号	000	普通預金口座番号	1234567
		定期預金口座番号	7890123

株式会社〇〇銀行 〇×支店  
(金融機関コード：9999)

---

総合口座をご利用いただきありがとうございます

表紙・裏表紙をめくったページ  
情報が不足している場合は、  
表紙のコピーが必要となります

通帳のイメージ

#### 3 普通預金は、直近2か月前の1日からの入出金がわかるページ

（例：申請日が7月10日の場合、5月1日から申請日まで）

- ・多額の引き出しや他の口座に移した等ある場合は、その用途についてお聞きしたり、内容についての記入、領収書や入金先の通帳の写し等の提出をお願いすることがあります。
- ・引き出した現金が手元にある場合は、申請書のその他欄に金額を記入してください。
- ・長期間記帳がなく「おまとめ」、「合算」等と記載されている場合は、金融機関から明細を取得してください。

#### 4 定期、積立、貯蓄等の残高がわかるページ

- ・定期、積立、貯蓄等の口座番号が記載されている場合は、その残高がわかるようにコピーしてください。取引がなくても各種別の1ページ目が必要です。
- ・ゆうちょ銀行で定期・定額専用の通帳をお持ちの場合は、その取引ページが必要です。

### ネットバンキング、WEB通帳の場合

アプリまたはパソコンから①～③を印刷してください。

参照するページ、印刷方法がわからない場合は金融機関にお問合せください。

- ①銀行名、支店名、種類、口座番号、名義人名の情報
- ②総資産がわかるページ（普通口座、定期口座、外貨預金口座等、取引の有無がわかるようにしてください）
- ③通帳がある場合の3、と同様に入出金の動き、残高がわかるように印刷してください。

## ◎有価証券（評価概算額）

次の資産がある場合は、申請時点の評価額を合計して記入してください。

- ・有価証券（株式、国債等）
- ・投資信託
- ・金・銀（積立購入含む）等、時価評価額が容易に把握できる貴金属

証券会社、信託銀行、銀行等から発行される口座残高証明のコピー（ウェブサイトの印刷可）、それらが無い場合は銘柄・株数等、申請時点の評価額がわかるものをコピーし、添付してください。

## ◎その他 次のものがある場合は合計額を記入してください。

- ・現金 直前に口座から引き出してまだ使っていない場合は、現金を保持していることとみなします。
- ・負債（借入金、住宅ローン等） 借用証書等、申請時点の残高がわかるもののコピーを添付してください。

## ■申請に関する注意事項

- ・「預貯金等に関する申告を証明する書類について」は、本人及び配偶者名義のものは全て提出してください。施設に預けている通帳も含まれますので注意してください。
- ・申請書類に不備（申請書や同意書の記入漏れ、預貯金通帳等の添付書類不足等）がある場合は、審査及び決定までに時間を要し、不備が解消されるまで、認定証の発行はできません。
- ・金融機関に預貯金等の照会確認をする場合があります。その場合は決定まで数か月を要します。あらかじめご了承ください。
- ・有効期間内であっても、申告した資産額が変動し、要件を満たさなくなった場合は、速やかに申し出てください。
- ・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。
- ・申請書は本人、配偶者、6親等以内の血族、3親等以内の姻族、成年後見人等が記入してください。
- ・同意書は本人、配偶者が記入してください。代筆の場合には6親等以内の血族・3親等以内の姻族、成年後見人等が記入してください。
- ・境界層の方は、福祉事務所より発行される境界層該当証明書の写しを添付してください。

## ■認定有効期間

- ・認定の適用期間は、申請月の初日から令和8年7月31日までです。
- ・申請月より前に遡って認定することはできませんので、提出日に御注意ください。
- ・郵送の場合は、当課での受付日が申請日になります。
- ・認定日が申請月の翌月以降となった場合でも、有効開始日は申請月の初日となります。

## ■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、担当までお問合せください。

【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②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）				
				居住費				食費
				従来型個室	多床室	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	
第1段階	世帯全員が住民税非課税	生活保護受給者等	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下	550円 (380円)	0円	880円	550円	300円
第2段階		本人の前年の合計所得金額と年金収入額の合計が80.9万円以下		単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下	550円 (480円)	430円	880円	550円
第3段階①		本人の前年の合計所得金額と年金収入額の合計が80.9万円超120万円以下	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下	1,370円 (880円)	430円	1,370円	1,370円	650円 【1,000円】
第3段階②		本人の前年の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円超	単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下	1,370円 (880円)	430円	1,370円	1,370円	1,360円 【1,300円】
第4段階	第1～3段階②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					

（ ）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。

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

※第2号被保険者は、利用者負担段階に関わらず、預貯金等の資産が単身1,000万円以下、夫婦2,000万円以下であれば対象となります。

■次に該当したときは、負担限度額認定の段階、適用期間が変更になります。

◎認定期間の途中で、生活保護が開始されたとき

→変更発生日の前月末までは当初の段階、変更発生日からは変更後の段階となります。

◎転居等により、非課税世帯から課税世帯に変わったとき

◎認定期間の途中で、資産が要件金額を超えたとき

→変更発生日までの認定期間となります。

◎認定期間の途中で、所得の修正申告を行ったとき

→認定期間の開始日に遡り、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交付し、郵送します。新しい認定証は、利用されている施設へ速やかに提示し、古い認定証は当課まで返却してください。

## 介護保険負担割合証をお届けします



### 1 介護保険負担割合証とは

介護サービスや総合事業サービスを利用する際は、原則、1割、2割又は3割の自己負担が必要となります。その自己負担割合を記載している証が「介護保険負担割合証」です。

「介護保険被保険者証」と一緒に保管してください。

#### (1) 有効期間、交付時期

有効期間は、毎年8月1日から翌年7月31日までです。

毎年7月頃に、新しい負担割合証を交付し、郵送します。

#### (2) 交付対象者

介護保険の要介護又は要支援認定を受けている方、事業対象者の方を対象に交付します。

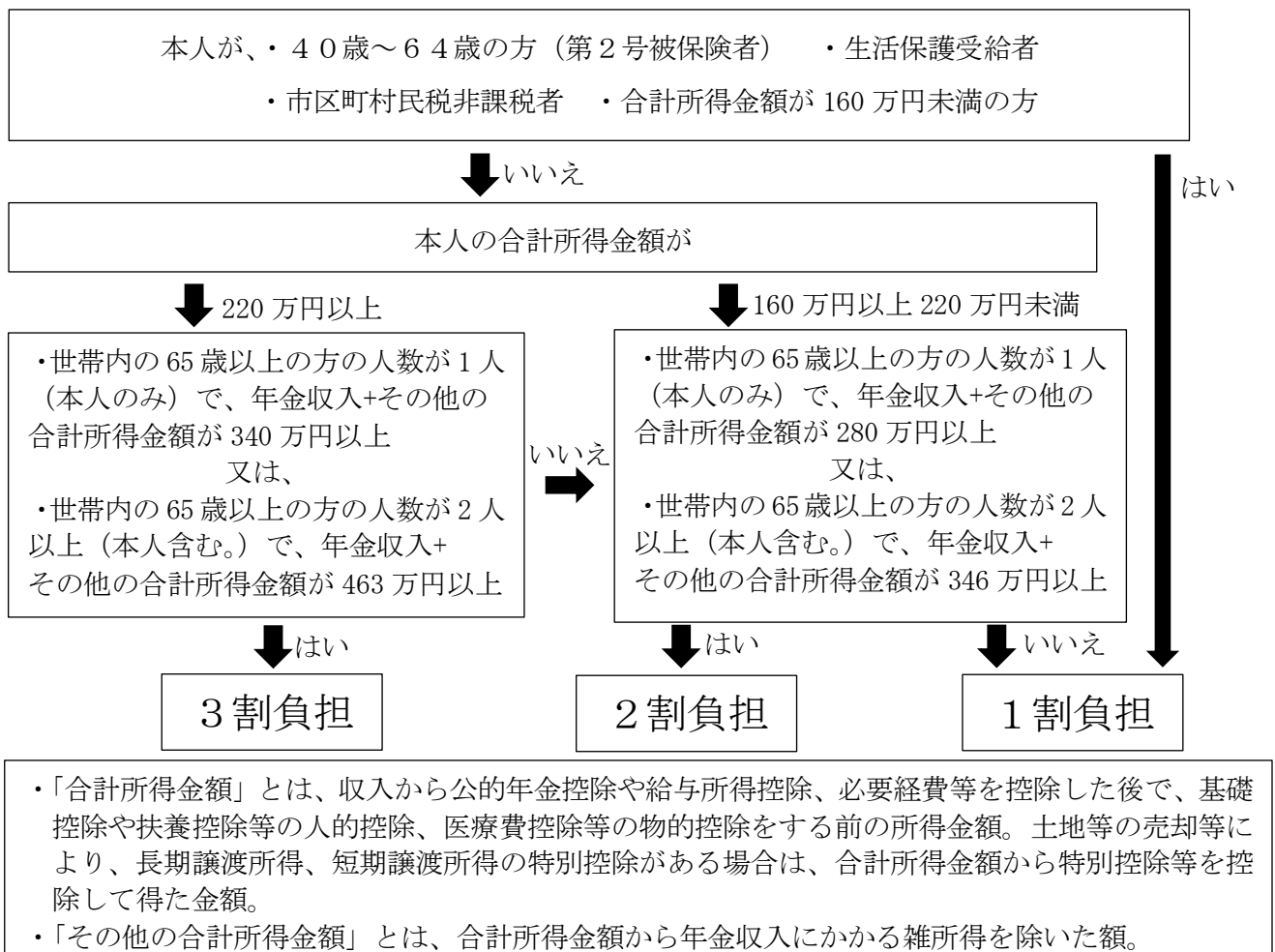
### 2 介護保険負担割合証が届いたら

**担当のケアマネジャー及び利用される事業所に、速やかに提示してください。**

古い負担割合証は、返却してください。

### 3 負担割合判定基準

該当年8月以降の負担割合は、本人及び世帯内の65歳以上の方の前年中の収入、所得に応じて決まります。



#### 4 負担割合が変更になる場合

- (1) 所得に変更があったとき
- (2) 世帯内の65歳以上の方の人数が変わったとき
- (3) 本人が65歳を迎えたとき

#### 5 負担割合が変更になった場合の影響

- (1) 割合が上がったとき（1割から2割又は3割・2割から3割）  
変更後の負担割合による負担額と既に支払った自己負担額との差額を追加請求されます。
- (2) 割合が下がったとき（3割から2割・2割又は3割から1割）  
変更後の負担割合による負担額と既に支払った自己負担額との差額が返金されます。
- (3) 介護サービス等の利用料  
介護サービスや総合事業サービスを利用した際の自己負担額には、上限額があります。  
同じ月の自己負担額の合計が高額になったときは、限度額を超えた分が「高額介護（予防）サービス費」、「高額総合事業サービス費」として後から支給されます。  
負担割合が上がったことにより、利用料が2倍、3倍になるとは限りません。

#### 6 所得の申告について

介護サービスや総合事業サービスを利用するためには、本人だけでなく、世帯全員の所得情報が必要です。介護保険負担割合判定以外にも、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、介護保険負担限度額の認定、介護保険料の算出などに所得情報を使用します。

##### (1) 所得の申告が必要な場合

次の場合、申告年度の1月1日に住民登録があった市区町村民税の担当課に申告してください。

ア 収入があり、申告をしていない方（非課税年金を受給している等、課税計算のための申告義務がない方を含む。）

イ 収入がない方

ウ 市外に住民登録がある者に扶養されている方

エ 市内に住民登録がある者に扶養されている場合で、扶養の申告をしていない方

##### (2) 所得の申告の必要がない場合

ア 収入が、課税対象の年金収入のみの方

イ 市内に住民登録がある者に扶養されている旨を扶養者又は本人が申告している方

##### (3) 1月1日現在、市外にお住まいだった場合

ア 前住民登録地の市区町村に所得情報を照会した結果、負担割合が変更になる場合があります。  
変更後の負担割合証を新たに送付します。

イ 海外居住等で日本に住民登録がなかった方は、提出書類の案内をしますので、御連絡ください。

《問合せ先》	座間市 介護保険課 介護保険係
	電話 046-252-7719



## 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 】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日（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送ります。

- 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となる場合があります。

(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ので、御注意ください。

【 保険者使用欄 】

届出人本人確認

入力
----

確認
46



# 申請者の本人確認書類について

申請に際しては、次に掲げる申請者様の本人確認書類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ひ致します

## ☆ 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)

マイナンバーカード(顔写真つき)、運転免許証、パスポート、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 会社等の身分証、診察券、預金通帳、キャッシュカード、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本人確認書類※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、本人確認書類※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本人確認書類※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、本人確認書類※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、本人確認書類※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、本人確認書類※の写しの添付が必要です。

## 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護保険被保険者証を添付してください。

\* この様式は要介護認定者が居宅介護支援事業所と契約をした場合に使用にします。

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
	大・昭 年 月 日

### 居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者

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（変更）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 変更する 理由等	※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作成を依頼することを届け出ます。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

被保険者 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 認定済み <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 認定有効期間（ / / ~ / / ）	入力 / 確認 /
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

- (注意) 1. この届出書は、認定後且つ居宅サービス計画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、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。

# 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

介護保険被保険者証を添付してください。

\*この様式は要支援認定者及び事業対象者が介護予防支援事業者又は包括支援センターと契約をした場合に使用にするものです。

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
	大・昭 年 月 日

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者  
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

事業所名及び事業所番号	委託の場合 包括担当者名	事業所の所在地
		電話番号

介護予防支援又は介護予防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

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（変更）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(□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 <input type="checkbox"/> 区分変更 (□要介護→要支援    □事業対象者→要支援    □要支援→事業対象者) <input type="checkbox"/> 利用者都合 (□本人    □家族)    □事業所都合 (    ) <input type="checkbox"/> その他 (    )	※該当箇所に✓及び記入をお願いします 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  
上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ま

年      月      日

住所 \_\_\_\_\_

被保険者 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者又は地域包括支援センターが介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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当該介護予防支援業者に必要な範囲で提示することに同意します。

\_\_\_\_\_ 年      月      日 氏名 \_\_\_\_\_

保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 認定済み <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 認定有効期間 (      /      /      ~      /      /      )	入力	確認
		/	/

- (注意) 1. この届出書は、認定後且つ介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント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、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。

# 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護）

介護保険被保険者証を添付してください。

\* この様式は要介護認定者が（看護）小規模多機能型居宅介護事業所と契約をした場合に使用にするものです。

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
	大・昭 年 月 日

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者

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（変更）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 み記入	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
	<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  <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	※（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。

座間市長 殿  
上記の（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。

年 月 日

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者が（看護）小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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当該（看護）小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 認定済み <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 認定有効期間 (    /    /    ~    /    /    )	入力	確認
		/	/

(注意) 1. この届出書は、認定後且つ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、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。

# 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書 (介護予防小規模多機能型居宅介護)

介護保険被保険者証を添付してください。

\*この様式は支援認定者及び事業対象者が介護予防小規模多機能型居宅介護と契約をした場合に使用にするものです。

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
	大・昭 年 月 日

介護予防サービス計画作成を依頼 (変更) する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者	
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 (変更) 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 み記入	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"/> 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 介護予防サービス等の 利用の有無	※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス (介護予防居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。) 及び地域密着型介護予防サービス (介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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"/> 介護予防サービス等の利用あり (利用したサービス: )  <input type="checkbox"/> 介護予防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

上記の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に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。

年 月 日

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

介護予防サービス計画作成を依頼 (変更) する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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当該介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 認定済み <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 認定有効期間 (    /    /    ~    /    /    )	入力	確認
		/	/

(注意) 1. この届出書は、認定後且つ介護予防サービス計画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、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。

記入例

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護保険被保険者証を添付してください。

\* この様式は要介護認定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。

		区分 <b>新規</b> ・変更	
被保険者	1. 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⇒ <b>変更</b> に○ 変更の場合は、別途変更事由等を記入してください。		1 1 1 1 1
フリガナ <b>カイゴ</b>	2. 記入されていない⇒ <b>新規</b> に○		者 番 号 2 4 5 6
<b>介護 太郎</b>	生 年 日 大 <b>昭</b> ○ 月 □ 日		
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業所			
事業所名及び事業所番号		※ 個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。	
<b>〇〇〇事業所</b>		個人番号を記載する場合 1. 被保険者本人の個人番号カード または、 2. 被保険者本人の個人番号カードの写しが 必要になります。	
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 <b>カナガワ ケン</b> <b>神奈川 健</b>	9 8 7 6 5 4 3 2	
サービス利用開始（変更）日	（ 令和 ○ 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） <input checked="" type="checkbox"/> 施設（名称： <b>△△△ホーム</b> ）		
変更する場合の事由等	※該当するに「 <input type="checkbox"/> 区区分変更（□要支援→要介護 □事業所変更） <input type="checkbox"/> 利用者都合（□本人 □家族） □その他（ 介護保険の居宅サービスは、 <b>住民登録地のサービスを利用することとなります。</b> 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。		
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	□利用あり □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	□利用あり □利用なし		
座間市長 殿 上記の居宅介護支 令和 ○ 年 住 被保険者	●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。		
氏名 <b>介護 太郎</b>	電話番号 <b>090-△△△△-△△△△</b>		
届出日及び被保険者様の住民票の住所・ 氏名の記入が必要となります	する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の 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・ 支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。		
令和 ○ 年 △ 月 △ 日 氏名 <b>介護 太郎</b>			
保険者 確認欄	□認定済み □事業対象者 □届出の重複 □基本チェックリスト実施 認定有効期間（ / / ~ / / ）		入力 / 確認 /

- (注意) 1. この届出書は、認定後且つ居宅サービス計画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、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。

**記入例**

**介護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**

証を添付してください。

\*この様式は要支援認定者及び事業対象者が介護予防支援事業者又は包括支援センターと契約をした場合に使用にするものです。

区	分
新規	<b>変更</b>
番号	1 1 1 1 1 1 1 1
日	4 5 6

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 **カイゴ タロウ**

**介護 太郎**

大 **昭** ○

△月 □日

1. 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。  
 2. 記入されていない⇒**新規**に○

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）  
 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）

事業所名及び事業所番号

**〇〇〇包括支援センター**

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護

事業所名及び事業所番号

**〇〇〇事業所**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

事業所の所在地

**座間市立野台〇ー×ー☆**

電話番号 046-×××-××××

※ 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  
 1. 被保険者本人の個人番号カードまたは、  
 2. 被保険者本人の個人番号カードの写しが必要になります。

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 0 2 0 3 0 4 0

サービス利用開始（変更）日 ( 令和 ○ 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: )

変更する場合の事由等

※該当箇所を記入してください

区分変更 (  要介護→要支援  事業対象者 )

利用者都合 (  本人  家族 )  事業所変更

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  利用あり  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  利用あり  利用なし

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。

座間市長 殿

上記の介護予防サービス

令和 ○ 年

被保険者

氏名 **介護 太郎** 電話番号 **090-△△△△-△△△△**

●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。

届出日及び被保険者様の住民票の住所・氏名の記入が必要となります

ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者又は地域包括支援センターの提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者

令和 ○ 年 △ 月 □ 日 氏名 **介護 太郎**

保険者確認欄

認定済み  事業対象者  届出の重複  基本チェックリスト実施

認定有効期間 ( / / ~ / / )

入力 / 確認 /

(注意) 1. この届出書は、認定後且つ介護予防サービス計画又はケアマネジメント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、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。



# 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（介護予防小規模多機能型居宅介護）

記入例	証を添付してください。 事業者及び事業対象者が介護予防小規模多機能型居宅介護と契約をした場合に使用にするもの		区	分
			新規	変更
被保険者個人番号	1. 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。 2. 記入されていない⇒新規に○		1	1
フリガナ	カイゴ	太郎	3	4
介護	太郎		5	6
		大		
		昭	△	□
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）		※ 個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。		事業者
事業所名及び事業所番号		個人番号を記載する場合 1. 被保険者本人の個人番号カード または、 2. 被保険者本人の個人番号カードの写しが 必要になります。		△-□
○○○事業所				××××
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	ケイ	健
		神奈川	健	
			9	8
			7	6
			5	4
			3	2
サービス利用開始（変更）日	（令和 ○ 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（ <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	<input type="checkbox"/> 区分変更（ <input type="checkbox"/> 要介護→要支援 <input type="checkbox"/> 利用者都合（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族） <input type="checkbox"/> その他（			
事業所を変更する場合のみ記入	※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防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"/> 介護予防サービス等の利用あり （利用したサービス： <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防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	●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。			
上記の介護予防	令和 ○ 年			
被保険者	氏名	介護 太郎	電話番号	090-△△△△-△△△△
届出日及び被保険者様の住民票の住所・氏名の記入が必要となります	変更)する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に必要な範囲で提示することに同意します。			
	令和 ○ 年 △ 月 □ 日	氏名	介護 太郎	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 認定済み <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 認定有効期間（ / / ~ / / ）		入力	確認
			/	/

(注意) 1. この届出書は、認定後且つ介護予防サービス計画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、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。