

要介護・要支援認定（新規・更新・区分変更）申請

□ □ □

中間市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											性別	生年月日	年	月	日						
	被保険者氏名																					
	住所	郵便番号																				
	電話番号																					
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分																				
		有効期限（始期）	年	月	日	有効期限（終期）	年	月	日													
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名																				
		要介護・要支援認定を申請中											申請日	年	月	日						
変更申請の理由																						
過去6ヶ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去6ヶ月間の入院、入所の有無																					
	①介護保険施設の名称等・所在地																					
	①期間（始期）	年	月	日	①期間（終期）	年	月	日														
	②介護保険施設の名称等・所在地																					
	②期間（始期）	年	月	日	②期間（終期）	年	月	日														
	③医療機関の名称等・所在地																					
	③期間（始期）	年	月	日	③期間（終期）	年	月	日														
	④医療機関の名称等・所在地																					
④期間（始期）	年	月	日	④期間（終期）	年	月	日															

提 出 代 行 者 の 情 報	種別											名称						
	住所	郵便番号																
電話番号																		

主 治 医 の 情 報	主治医の有無																	
	主治医の氏名																	
	医療機関名																	
	医療機関の所在地	郵便番号																
医療機関の電話番号																		

医 療 保 険 の 情 報	医療保険者名														
	医療保険被保険者証記号番号枝番														
	特定疾病名第二号被保険者のみ記入														

整 認 に 定 調 査 の 連 絡 先 調	フリガナ																	
	連絡先氏名											被保険者との関係						
	担当者の電話番号																	
	担当者のメールアドレス																	

本人同意	介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、中間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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 <input type="checkbox"/> 同意する
------	---

介護保険 負担割合証・被保険者証等再交付申請書

中間市長 様
次のとおり申請します。

届出年月日 年 月 日

再交付する資格証	
申請の理由	
その他事由	
資格証の受取方法	

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	被保険者氏名				
	住所	郵便番号			
電話番号					

提 出 代 行 者 の 情 報	提出代行者の氏名		被保険者との関係		
	事業所の名称		事業所の種別		
	事業所の住所	郵便番号			
事業所の電話番号					

高額介護（介護予防）サービス費支給申請

中間市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																		生年月日	年 月 日																			
	被保険者氏名																																						
	住所	郵便番号																																					
電話番号																																							

提 出 代 行 者 の 情 報	提出代行者の氏名																		被保険者との関係										
	事業所の名称																		事業所の種別										
	事業所の住所	郵便番号																											
事業所の電話番号																													

真 実 の 支 払 内 容 に 基 づ き 高 額 介 護 サ ー ビ ス 費 の 支 払 額 を 算 出 し て 申 請 し て い ら せ ま す	被保険者番号																																						
	被保険者氏名																																						

振 込 口 座 の 情 報	金融機関名																		種別（銀行・信用金庫・信用組合）									
	金融機関コード																		種別（本店・支店・出張所）									
	金融機関支店名																											
	店舗コード																											
	口座種別																											
	口座番号																											
	フリガナ																											
	口座名義人																											

介護保険負担限度額認定申請

中間市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 1:本人(被保険者)が生活保護受給者/2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 3:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※):障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。 <input type="checkbox"/> 4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※):障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下 <input type="checkbox"/> 5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※):障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える
	本人及び配偶者の預貯金額	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が2の方は1000万円(夫婦は2000万円)、3の方は650万円(同1650万円)、4の方は550万円(同1550万円)、5の方は500万円(同1500万円)以下 ※ 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、3～5の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下

被保険者の情報	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	被保険者氏名				
	住所	郵便番号			
	電話番号				
	被保険者が現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)している <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)予定 <input type="checkbox"/> ショートステイ			
	入所(院)している介護保険施設の名称				
介護保険施設の所在地	郵便番号				
入院(所)年月日			年 月 日		

提出代行者の情報	提出代行者の氏名		被保険者との関係		
	事業所の名称		事業所の種別		
	住所	郵便番号			
電話番号					

配偶者の情報	配偶者の有無				
	個人番号				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	配偶者の氏名				
	配偶者の所在地	郵便番号			
	配偶者の本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	郵便番号			

預貯金等の情報	本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況				
	配偶者の市町村民税の課税状況				
	本人の基礎年金番号				
	年金の種類				
	本人の1年間の年金収入金額				
	本人の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額			
		有価証券評価概算額			
		その他(負債等)額			
	配偶者の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額			
		有価証券評価概算額			
その他(負債等)額					

同意書

(宛先) 中間市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係のものを含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類に預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

介護保険住宅改修支給申請(改修前)

中間市長 様

申請年月日 年 月 日

被保険者の情報	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											性別	生年月日	年	月	日						
	被保険者氏名																					
	住所	郵便番号																				
電話番号																						

提出代行者の情報	提出代行者の氏名											被保険者との関係										
	事務所の名称											事業所の種別										
	事業所の住所	郵便番号																				
事業所の電話番号																						

住宅改修の情報	住宅改修の内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止や移動の円滑化等を目的とした床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 上記住宅改修に付帯して必要となる住宅改修																			
	住宅改修を行う業者名																				
	着工予定日	年	月	日	完成予定日	年	月														
	住宅改修費見積額																				

別記第2号様式（第2条関係）

住宅改修が必要な理由書（1）

<基本情報>

利用者	被保険者番号		年齢	歳	生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者氏名		要介護認定 (該当に○)		要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5
	住所							

作成者	現地確認日	年 月 日	作成日	年 月 日
	所属事業所			
	資格	(作成者が介護支援専門員でないとき)		
	氏名			
	連絡先			

保険者	確認日	年 月 日	評価欄
	氏名		

<総合的状況>

	福祉用具の利用状況と		
	住宅改修後の想定	改修前	改修後
利用者の身体状況	<ul style="list-style-type: none"> ●車いす ●特殊寝台 ●床ずれ防止用具 ●体位変換器 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護状況	<ul style="list-style-type: none"> ●手すり ●スロープ ●歩行器 ●歩行補助つえ ●認知症老人徘徊感知機器 ●移動用リフト 	<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	<ul style="list-style-type: none"> ●腰掛便座 ●特殊尿器 ●入浴補助用具 ●簡易浴槽 ●その他 ・ _____ ・ _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

別記第2号様式（第2条関係）

<（1）の「総合的状況」を踏まえて、①改善を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	② ①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 type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 （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"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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 （ ） （ ） （ ） （ ） （ ） （ ）
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"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> 引き戸等への扉の取替え （ ） （ ） （ ） <input type="checkbox"/> 便器の取替え （ ） （ ）
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"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <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"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> 滑り防止等のための床材の変更 （ ） （ ） （ ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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（ ）	（ ） （ ） （ ） （ ） （ ） （ ）

介護保険住宅改修費支給申請(改修後)

中間市長 様

申請年月日 年 月 日

事前申請の 情報	被保険者番号																			
	被保険者氏名																			

提出代行者の 情報	提出代行者の氏名							被保険者との関係						
	事務所の名称							事業所の種別						
	事業所の住所	郵便番号												
事業所の電話番号														

住宅改修の 情報	住宅改修を行った住宅の住所	郵便番号					
	着工日				完了日		
	住宅改修費実績額						
見積額から実績額で変更があった場合、その理由							

振込口座の 情報	金融機関名			銀行	金融機関コード		
	金融機関支店名			本店	店舗コード		
	口座種別						
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

住宅改修の承諾についてのお願い

（賃貸人）

住 所
氏 名

（賃借人）

住 所
氏 名

私が賃借している下記の住宅の改修を、承諾願います。

記

・住 宅

名 称	
所 在 地	

・住宅改修の概要

個所・部位	
内 容	

※注意事項

・住宅改修に要する費用については、申請書類等審査の上、中間市から一部を給付しますが、借家人の転居等の場合における現状回復に要する費用は支給されませんので御注意ください。

承 諾 書

上記について、承諾します。

（なお、

（賃貸人）

住 所

電話番号

氏 名

委 任 状

年 月 日

私は、中間市の受領委任払い登録事業者に対して、以下の権限を委任します。

- 居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領
- 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領

委 任 者

(被 保 険 者)

住所

氏名

受 任 者

(受領委任払い登録事業者)

住所又は所在地

事業所名称

代表者氏名

担当者氏名

