

砂川市規則第34号  
令和3年6月30日

砂川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長 善 岡 雅 文

( 別 紙 )

## 砂川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市介護保険条例施行規則（平成 12 年規則第 2 号）の一部を次のように改正する。

別記第11号様式（第11条関係）及び別記第15号様式（第13条関係）を次のように改める。

### 附 則

この規則は、令和 3 年 7 月 1 日から施行する。ただし、別記第15号様式の改正規定は、令和 3 年 8 月 1 日から施行する。

介護保険 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		個 人 番 号	
フリガナ			
		被 保 険 者 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		年 月 日	
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
事業所名		事業所の所在地	〒
電話番号 ( )			
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。			
事業所名		事業所の所在地	〒
電話番号 ( )			
事業所を変更する場合の理由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
	変更年月日 ( 年 月 日付)		
砂川市長 様 上記の居宅介護（介護予防）支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 住 所 電話番号 ( ) 被保険者 氏 名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号		

居宅サービス計画の作成を依頼（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ときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を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\_\_\_\_\_

- (注意) 1 この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）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市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず市へ届け出てください。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。

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 砂川市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

ふりがな			個人番号										
被保険者氏名			被保険者番号										
生年月日	年	月	性別	男・女									
住所	〒		電話 ( ) -										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地	〒		電話 ( ) -									
	名称												
入所(院)年月日(※)	年	月	日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。									

配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。											
配偶者に関する事項	ふりがな			個人番号										
	氏名			生年月日	年 月 日									
	住所	〒		電話 ( ) -										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒												
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税												

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○を付けてください)		650万円(夫婦は1,650万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○を付けてください)		550万円(夫婦は1,550万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○を付けてください)		500万円(夫婦は1,500万円)以下			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。					
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む。)	※2	円

※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

※2 種類と金額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

**注意事項**

- (1) 同じ種類の預貯金、有価証券等を複数所有している場合は、その全てを記入し、預貯金等に係る通帳等の写しを添付してください。
- (2) 書き切れない場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入の上添付してください。
- (3) 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。

◎裏面も必ずご記入ください。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 該当 利用者負担 第 1・2・3 段階	<input type="checkbox"/> 非該当 [ 事由 <input type="checkbox"/> (本人・世帯・配偶者) 課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過 ]
------	---	---

同 意 書

砂川市長                      様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてかまいません。

年            月            日

<本 人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名