

砂川市規則第26号
令和6年4月24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 飯 澤 明 彦

(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。

第2条第2項中「磁気テープ（これに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができるものを含む。）をもって調整する」を「電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）をもって調製する」に改める。

別記第4号様式、別記第6号様式及び別記第17号様式を次のように改める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の別記第17号様式による介護保険負担限度額認定証は、当分の間、改正後の別記第17号様式による介護保険負担限度額認定証に代えて使用することができる。

別記第4号様式（第7条関係）

介護保険（要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

砂川市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医療 保険	保険者名												保険者番号											
		被保険者証		記号								番号						枝番							
	フリガナ		-----										生年月日		年 月 日										
	氏名												性別		男・女										
	住所		〒										電話番号												
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期間 年 月 日から 年 月 日まで												
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体（市町村）名[] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。[はい・いいえ] （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。） 「はい」の場合、申請日 年 月 日																						
	過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日							
有・無		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日								

申請者氏名											本人との続柄											
申請者住所	〒										電話番号											
提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）																					

主治医	主治医の氏名					医療機関名															
	所在地					〒										電話番号					

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、砂川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。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

砂川市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険者番号		個人番号	
	医療 保険	保険者名	保険者番号	
		被保険者証	記号	番号
	フリガナ		生年月日	年月日
	氏名		性別 男・女	
	住所		〒 電話番号	
	現在の要介護状態区分等		要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2	
			有効期間 年 月 日から 年 月 日まで	
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体（市町村）名[] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。[はい・いいえ] (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日	
	変更申請の理由			
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	
		介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	
有・無		医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	

申請者氏名	本人との続柄
申請者住所	〒 電話番号
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、砂川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。

本人氏名 _____

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> 介護保険負担限度額認定証 </div>											
交付年月日 年 月 日											
被 保 険 者	番 号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生 年 月 日	年	月	日	性 別						
	適用年月日	年	月	日							
	有効期限	年	月	日							
食費の負担限度額	円										
居住費又は滞在費 の負担限度額	ユニット型個室	円									
	ユニット型個室的多床室	円									
	従来型個室（特養等）	円									
	従来型個室（老健・医療院等）	円									
	多床室	円									
保険者番号並び に保険者の名称 及 び 印	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> </tr> </table>					0	1	2	2	6	0
0	1	2	2	6	0						
	砂川市				印						

注 意 事 項

- 1 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保険施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・医療院等という。」）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 2 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。
- 3 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を砂川市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 4 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、砂川市にその旨を届け出てください。
- 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。