

砂川市規則第36号
令和6年11月29日

砂川市介護保険条例施行規則をここに公布する。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

別記第3号様式（第6条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

砂川市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	個人番号																		
	被保険者番号																		
	フリガナ													生年月日	年 月 日				
	被保険者氏名													性 別	男 ・ 女				
	住 所	〒												電話番号					

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証
申請の理由	1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

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

医療保険者名		医療保険被保険者記号・番号	
--------	--	---------------	--

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	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	
		*14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 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
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		
有・無	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 _____

別記第6条様式（第8条関係）

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 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		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								
	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											
		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											
有・無																					
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 _____

別記第8号様式（第9条関係）

介護保険サービスの種類指定変更申請書

砂川市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	個人番号											※申請者が被保険者本人の場合は、 申請者住所・電話番号は記載不要		
	被保険者番号													
保 険 者	フリガナ	-----										生年月日	年 月 日	
	氏名											性別	男 ・ 女	
者	住所	〒										電話番号		
	現に受けている要介護・要支援認定の内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2										有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求める旨														
種類指定変更理由														

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

医療保険者名			医療保険被保険者記号・番号		
特定疾病名					

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
申請形態	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）		2. 計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）		3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住あり）		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請	

氏名	生年月日	性別	個人番号						
			計算期間の始期及び終期			年 月 ~ 年 月			

国民健康保険資格情報								
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称			加入期間	
			1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員				年 月 日から 年 月 日まで	

後期高齢者医療資格情報								
保険者番号	被保険者番号			広域連合名称			加入期間	
							年 月 日から 年 月 日まで	

介護保険資格情報								
保険者番号	被保険者番号			保険者名称			加入期間	
							年 月 日から 年 月 日まで	

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	金融機関 コード	本店 支店 ()	店舗コード	種目 1普通 2当座 ()	口座番号	フリガナ 口座 名義人	振込先口座 管理番号
2. 口座 振込	1									

保険者 加入歴	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号						備考欄
	1		年	月	日から							
			年	月	日まで							
	2		年	月	日から							
			年	月	日まで							
3		年	月	日から								
		年	月	日まで								
4		年	月	日から								
		年	月	日まで								

〒 _____ 年 月 日

(宛先)

① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。 郵便番号 _____ 住所 _____

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 申請代表者 _____ 氏名 _____

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 電話番号 _____

高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

	人目		人目		枚中		枚目
--	----	--	----	--	----	--	----

ご記入上の注意事項等

1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、
また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載してください。
例) 口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
 - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中で被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載してください（2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。

「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“00”（退職者医療に係るものは“67”）とする）＋保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）

なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

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2号様式から別記第4号様式まで、別記第6号様式、別記第8号様式及び別記第27号様式の2を次のように改める。

附 則

この規則は、令和6年12月2日から施行する。

別記第2号様式（第4条関係）

介護保険 被保険者証交付申請書

砂川市長 様
 次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	個人番号										
	フリガナ										
	被保険者氏名			生年月日	年 月 日						
				性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号										

医療保険者名		医療保険被保険者記号・番号	
--------	--	---------------	--