

規 則

「千曲市介護保険給付等に関する規則の一部を改正する規則」をここに公布する。

令和7年10月31日

千曲市長 小川 修一

千曲市規則第48号

千曲市介護保険給付等に関する規則の一部を改正する規則

千曲市介護保険給付等に関する規則（平成15年千曲市規則第72号）の一部を次のように改正する。

第3条の表中

「

千曲市介護保険(要介護認定・要支援認定)等申請書(様式第2号)

」を

「

介護保険(要介護認定・要支援認定)等申請書(様式第2号)

」に

改める。

第5条の表中

「

介護保険居宅介護(支援)サービス費等支給申請書(様式第5号)

」を

「

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払用)(様式第5号)
--

」に

改める。

第6条の表中

「

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書(様式第6号)

介護保険居宅介護(支援)住宅改修費支給申請書(様式第7号)

介護保険高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書(様式第8号)

」を

「

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(様式第6号)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支給事前申請書(様式第7号)
介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書(様式第8号)

」に

改める。

第7条の表中

「

介護保険負担限度額認定申請書(様式第9号)
介護保険負担限度額差額支給申請書(様式第9号の2)
介護保険特定負担限度額認定申請書(様式第10号)
介護保険利用者負担額減額・免除等申請書(様式第11号)

」を

「

介護保険負担限度額認定申請書(様式第9号)
介護保険特定入所者介護(介護予防)サービス費等支給申請書(様式第9号の2)
介護保険特定負担限度額認定申請書(様式第10号)
介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書(様式第11号)

」に

改める。

様式を次のように改める。

(一)				(二)				(三)					
介護保険被保険者証				要介護状態区分等				給付制限					
被 保 険 者	番 号				認 定 年 月 日				給 付 制 限	内 容	期 間		
	住 所				(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)						開始年月日 終了年月日		
	フリガナ				認定の有効期間	～					開始年月日 終了年月日		
	氏 名				居宅サービス等	～			居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日			
	生年月日		性別		1月当たり					届出年月日			
交付年月日				(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額		届出年月日					
保 険 者 番 号 並びに保 険 者 の 名 称 及 び 印				認定審査会の意見 及びサービスの種類 の指定				介護保険施設等					
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> 千由市								種類 名称 種類 名称				入所等年月日 通所等年月日 入所等年月日 通所等年月日	

(四) 注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 三 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に出ししてください。
- 四 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者提供者に提出してください。
- 五 認定の有効期限が経過したときは、保険給付を受けられませんが、認定の有効期限が経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

(五)

- 六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限り介護給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 八 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合率に示された割合を乗じた金額です（「居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はあります。」）。
- 九 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額（事業者提供が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。

(六)

- 十 認定審査会の意見及びサービスの種類の決定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の決定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 十一 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 十二 この証の裏面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を捨て、市町村にその旨を届け出てください。
- 十三 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として検挙罪の処分を受けます。
- 十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（介護保険負担割合率に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付制限額）等を受けることがあります。

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕等申請書

(宛先) 千曲市長

介護保険法の規定による要介護(要支援)の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請区分 新規 更新 区分変更 受給者転入		申請年月日 年 月 日	
介護保険 被保険者番号		個人番号	
医療保険 被保険者名	被保険者番号		
被保険者 記号	番号	校番	
フリガナ 氏 名	生年月日 明・大・昭 年 月 日	性 別 男 女	電 話 ()
住 所 (住民票の)			
保 険 者 調 査 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> 親族宅等 (<input type="checkbox"/> ショートステイ先)		
	詳 細 名 称 住 所 電 話 ()		
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入所、入院の有無 (有の場合は右に詳細を記入)		介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地 期 間 介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地 期 間 介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地 期 間	
有 無			
前回の認定結果等 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 非該当 年 月 日 ~ 年 月 日		転出元市町村名: 現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください。 はい いいえ [わからない]の場合、申請日: 年 月 日	
変更申請の場合 その理由 (介護状態の変化)			
申 請 書 提 出 者	フリガナ 氏 名	続柄	(施設、医療機関で調査の方) 調査時の同席を希望 する しない
	住 所	電 話 番 号 (日中連絡がとれる)	()
提出代行 者	事業所名 住所	電 話 番 号	()
訪問調査等に関する問い合わせ先(上記「申請書提出者」と同じ場合は、記入不要です)			
連 絡 先	フリガナ 氏 名	続柄	
	住 所	電 話 番 号 (日中連絡がとれる)	()
今回の申請に対して意見書を書いていただく医師			
主 治 医	医療機関名	医師名 (フルネーム)	(診療科:)
	所在地	電 話 番 号	()
第2号被保険者(40～64歳の方)は、ご記入ください。(※被保険者欄の医療保険情報も記入必須)			
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・要支援認定にかかわる調査内容、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、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:		代筆者氏名: (続柄:)	

本人確認欄
☐ 個人番号カード
☐ 運転免許証
☐ 介護保険証
☐ 医療保険証
☐ その他
 ()

特記すべき事項がある場合は裏面に記載し、ここに○印を記入

保険者処理欄

送付先住所 ☐
 被保険者証 ☐
 資格者証 ☐

認定調査

依頼
 予定
 実施

調査員氏名

申請入力日

主治医意見書

依頼
 予定
 入手

審査会依頼

認定結果

非
 支1・支2
 介1・2・3・4・5

認定結果送付

主治医通知

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

（宛先）千曲市長

次のとおり申請します。

申請年月日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号										
	医療保険 被保険者名											保険者番号										
	被保険者証 記号											番号										
	枝番											生年月日										
	フリガナ											性別										
	氏名																					
	住所											電話番号										
	現に受けている 要介護・要支援											有効期限 から										
	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										

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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

居宅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	被 保 険 者 番 号		
フリガナ			
	個 人 番 号		
	生 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			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒	
	電話番号		
居宅介護支援事業所番号	サービス開始（変更）年月日		
	年 月 日		
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等	※変更する場合のみ記入してください。		
<p>（宛先）千曲市長</p> <p>上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出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>被保険者 電話番号</p> <p>氏 名</p>			
<p>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。</p> <p>年 月 日 氏名</p>			
<p>（注意）1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに千曲市へ提出してください。</p> <p>2 居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず千曲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。</p>			
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		

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払用）

（ 年 月分）

フリガナ			保 険 者 番 号												
被保険者氏名			被 保 険 者 番 号												
			個 人 番 号												
生 年 月 日			要 介 護 度 等												
認 定 有 効 期 間	～														
住 所	電話番号														
申 請 理 由															
支 払 金 額 合 計	円														
<p>（宛先）千曲市長</p> <p>前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 個人番号</p> <p>※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。</p>															

注意 ・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付ください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受 取 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナンバーから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する													
	銀 行		本 店		種 目		口 座 番 号							
	信用金庫		支 店											
	農 協		()											
	()													
	金融機関コード		店舗コード		1 普通									
口 座 振 込 依 頼 欄					2 当座預金									
					3 その他									
					()									
	ゆうちょ銀行		記号				番号							
	フリガナ													
口座名義人														

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号													
被保険者氏名			被保険者番号													
			個人番号													
生年月日			要介護度等													
認定有効期間			～													
住所															電話番号	
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額		購入日									
(TAISコード)					円		年 月 日									
(TAISコード)					円		年 月 日									
(TAISコード)					円		年 月 日									
福祉用具が 必要な理由																
(宛先) 千曲市長 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。																
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称															
	事業所種別															

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する															
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目	口座番号												
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()													
	ゆうちょ銀行	記号	番号													
	フリガナ															
	口座名義人															

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給事前申請書

フリガナ			保険者番号													
被保険者氏名			被保険者番号													
			個人番号													
生年月日			要介護度等													
認定有効期間			～													
住所			電話番号													
住宅の所有者			本人との関係（ ）													
改修の内容・箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 1. 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2. 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 4. 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 5. 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 6. 付帯工事		業者名													
			業者連絡先													
			着工予定日		年 月 日											
			完成予定日		年 月 日											
改修予定費用			円													
（宛先）千曲市長 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係																
代理申請を行う事業所情報	事業所名称															
	事業所種別															

（添付書類）・工事費見積書

- ・住宅改修を必要と認める理由書（介護支援専門員等が作成）
- ・写真（改修の箇所ごとに改修前の写真を添付。日付入りの写真）
- ・住宅所有者の承諾書（賃貸借契約により借用している場合）
- ・改修箇所を明示する略図（工事箇所を図示）

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する														
	銀行 信用金庫 農協 ()			本店 支店 ()			種目			口座番号					
	金融機関コード			店舗番号			1 普通 2 当座預金 3 その他 ()								
	ゆうちょ銀行			記号			番号								
	フリガナ														
口座振込依頼欄	口座名義人														

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 割	

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先）

（宛先）千曲市長

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。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号														
	個人番号														
	生年月日														
住所	電話番号														
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	電話番号														
入所（院）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		配偶者の有無が「無」の場合、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	フリガナ														
	氏名														
	生年月日			個人番号											
	住所	〒		電話番号											
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）	〒		電話番号											
課税状況	市町村民税														
収入等に関 する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者													
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、 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80万9千円以下です。（受給している年金に〇してください） ※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。以下同じ。													
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 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80万9千円を超え、120万円以下です。													
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 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120万円を超えます。													
預貯金等に関 する申告 ※通帳等の写し は別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。													
	預貯金額	円		有価証券 （評価額算額）	円		その他 （現金・負債を 含む）	（ ） ※ 円 ※内容を記入してください。							

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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

- 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者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ			保険者番号											
被保険者氏名			被保険者番号											
生年月日			要介護度等											
認定有効期間	～													
住 所	電話番号													
支払った利用者負担額	支払った期間		年	月	日	から	年	月	日	まで				
	支払った利用者負担額		食費	円		・	居住費等	円						
施設サービスの提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称	〒													
	電話番号													
負担限度額認定証	交付されている場合	交付年月日	年		月	日	適用年月日	年		月	日			
		認定証を提出できなかった理由												
		交付されていない場合	交付申請をしなかった理由											
（宛先）千曲市長 前のとおり、関係書類を添えて特定入所者介護（介護予防）サービス費又は特例特定入所者介護（介護予防）サービス費の負担額の差額支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 住所 電話番号 氏名 個人番号 <small>※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。</small>														

注意 ・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付ください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する													
口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種 目	口 座 番 号										
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()											
	ゆうちょ銀行	記号	番号											
	フリガナ													
	口座名義人													

介護保険特定負担限度額認定申請書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号									
		被 保 険 者 番 号									
生 年 月 日		個 人 番 号									
住 所	〒 電話番号										
特 定 負 担 限 度 申 請 事 由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が 年額 80 万 9 千円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1 に該当する以外のもの 3 その他 ()										
特別養護老人ホームの所在地及び名称											
(宛先) 千曲市長 上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 </div>											

市(町村)記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号																	
		被 保 険 者 番 号																	
生 年 月 日		個 人 番 号																	
住 所	電 話 番 号																		
備 考																			
<p>（宛先）千曲市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。 なお、認定にあたり申請者並びに同一世帯全員の所得及び課税状況について調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>																			

市町村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和7年11月4日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に千曲市介護保険給付等に関する規則の規定に基づき作成されている用紙については、この規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。