

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)								
介護保険被保険者証								
被保険者	番号							
	住所							
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日		性別					
交付年月日								
保険者番号 及びに保険者 の名称及び 印	<table border="1" style="width: 100px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>千曲市</p>							

(二)	
要介護状態区分等	
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	
認定の有効期間	～
区分支給限度基準額	
居宅サービス等	～
(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
認定審査会の意見 及びサービスの種類の指定	

(三)		
給付制限	内容	期間
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
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
		届出年月日
		届出年月日
介護保険施設等	種類	入所等年月日
	名前	退所等年月日
	種類	入所等年月日
	名前	退所等年月日

(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、あらかじめ基本オフィス（アトリエ）による面談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、必ずこの紙を事業者又は施設の窓口に提出してください。
- 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、必ずこの紙を事業者に提出してください。
- 五 施設の有効期限を超過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの紙を提出し、認定の更新を受けしてください。

(五)

- 六 国宅サービス・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、「国宅サービス」と「国宅介護支援事業者」）へは、専用料金にて支払う金額を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は自ら介護サービス計画を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て保険給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村から「償還金」となります。
- 七 国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た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無しで示された割合を乗じた金額です（国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せん）。
- 九 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、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（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）で受けます。
- 十 認定審査会の意見及びサービスの種類の選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選定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 十一 保険業者の資格がなくなったときは、東ちに、この紙を市町村に返してください。
- 十二 この紙の裏面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この紙を添えて、市町村にその旨を届け出してください。
- 十三 不正にこの紙を使用した者は、刑法により詐欺罪として若狭利の処分を受けます。
- 十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、新竹市市町村からの事業提出停止する権限（支給方法変更）、利用料支払額を三割（介護保険負担割合に相当する割合）以上に割増された割合が三割である場合は四割）とする措置（介護保険料）等を受けることがあります。

第六第2号(第3条關係)

介護保險〔要介護認定・要支援認定〕等申請書

(宋史)毛龜市集

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		
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					技番			
	氏名		フリガナ				生年月日		明	大	昭	年	月	日
	住所(住民票の)						性別		<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女				
							電話		()					
							<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)	
			調査場所		詳細	名称								
					住所	〒			電話		()			
過去6ヶ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								
前回の認定結果等 要支援(1~2)要介護(1~3~4~5)実施当 年月日		該当に <input type="checkbox"/>		14日以内に搬出元市町村名: 現在、搬出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 既に搬出元市町村に要介護・要支援認定を受け取っている場合は[いいえ]を複数選択してください [いいえ] [いいえ] [いいえ]の場合は、申請日: 令 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	氏名		フリガナ				続柄			(施設、医療機関で健在の方) 調査時の同意を希望する する しない				
	住所		〒		-		電話番号	()						
	代行住所		該当に <input type="checkbox"/>		地域包括支援センター		居宅介護支援事業者	介護者入浴介助施設	介護者入浴施設	介護施設				
連絡先	氏名		フリガナ				続柄							
	住所		〒		-		電話番号	()						
今回の申請に付して意見書を書いていただく医師														
主治医	医療機関名		フリガナ				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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定期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:)				

様式第3号（第3条關係）

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

介護保険 被保険者番号				個人番号			
被 保 険 者	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
	フリガナ				生年月日		
	氏名				性別		
	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 フリガナ		被保険者番号	
		個人番号	
		生年月日	
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			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地 干		
		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。		
(宛先) 千曲市長			
上の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。			
年 月 日	干		
住 所			
被保険者	電話番号		
氏 名			
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。			
年 月 日 氏名			

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の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。
 2 居宅サービス計画の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。

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	
--------	---	--

様式第5号（第5条關係）

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 被保険者氏名		保険者番号						
		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							

(宛先) 千曲市長

前とのおり、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。

年 月 日

三

生所

申請者

電話番号

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

第4章 多元回归模型的理论与应用

受取口座		□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。 □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									

様式第6号(第6条関係)

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									
前のことおり、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			電話番号						
住所			被保険者との関係						
申請者 氏名			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 ①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。

②「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。

口座振込依頼欄	□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。									
	□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	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()							
	ゆうちょ銀行	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	□1. 手すりの取付け □2. 段差の解消 □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 □4. 引き戸等への扉の取替え □5. 洋式便器等への便器の取替え □6. 付帯工事			業者名				
				業者連絡先				
				着工予定期	年月日			
				完成予定期	年月日			
	改修予定期用	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（工事個所を図示）

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、マイナボーカ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					
	フリガナ						
	口座名義人						

様式第8号(第6条関係)

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書

フリガナ	保険者番号						
被保険者氏名	被保険者番号						
生年月日	個人番号						
住所	電話番号						
本人支払額	円						
備考							
(宛先) 千曲市長 前のとおり高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。							
年月日 平							
申請者	住所	電話番号					
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。 氏名							

世帯構成	氏名		生年月日	介護保険の被保険者の場合			
	被保険者番号						
	個人番号						
世帯主							
世帯員							

- 注意
- ・公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しておらず、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
 - ・今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。
 - ・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
 - ・給付制限を受けている方については、高額介護(予防)サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護(予防)サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	□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。 □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							

市(町村)記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独		有・無 給付割合 割	
2 合算			

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 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老齢福祉年金受給者 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。 ※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 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 (評価概算額)	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

- (1) この申請書における「配偶者」については、扶養分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (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。

様式第9号の2(第7条関係)

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							
負担限度額認定期	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			
	交付されていない場合	認定証を提出できなかった理由						
(宛先)千曲市長	交付申請をしなかった理由							
前とのおり、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 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。							

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) <input type="checkbox"/> 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。									
年 月 日									
住所									
申請者	電話番号								
氏名									

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									
(宛先) 千曲市長 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。									
年月日 平 住所									
申請者	電話番号								
氏名									

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。