

知多北部広域連合告示第2号

知多北部広域連合介護保険事務要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和5年3月1日

知多北部広域連合長 花 田 勝 重

知多北部広域連合介護保険事務要綱の一部を改正する要綱

知多北部広域連合介護保険事務要綱（平成27年知多北部広域連合告示第13号）の一部を次のように改正する。

第33条の次に次の1条を加える。

（情報提供等記録開示システムによる申請等）

第34条 第6条第1項、第12条、第18条第1項、第19条第1項及び第3項、第20条、第21条第1項、第24条第1項並びに第28条の規定にかかわらず、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）附則第6条第3項に基づく情報提供等記録開示システム（以下「マイナポータル」という。）を使用して申請（届出を含む。以下、この条において同じ。）が行われたときは、当該規定による申請があったものとみなす。

2 前項の申請をしようとする者が当該申請をする場合においては、マイナポータル上で求められている条件（添付、追加情報の記入等をいう。）を満たしていることを要件とする。

様式第1号を次のように改める。

様式第3号及び様式第4号を次のように改める。

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
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です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		

※ 第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

(医療保険者番号)		医療保険被 保険者証記号番号	—
医療保険者名			

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

*上記（適用・変更・終了）より該当するものに○を付ける。

在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

	届出年月日	年 月 日
届出者氏名	被保険者との続柄	
届出者住所	〒 ー 電話番号（ ） ー	

*届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名			生年月日 年 月 日

世 帯 主	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏 名			生年月日 年 月 日

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー 電話番号（ ） ー		
	*異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと。			
	施 設	名 称		
	退所年月日	年 月 日		

異 動 後 情 報	現住所	〒 ー 電話番号（ ） ー		
	*異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと。			
	施 設	名 称		
	入所年月日	年 月 日		

様式第30号を次のように改める。

介護保険高額介護(予防)サービス費・
高額介護予防サービス費相当支給費支給申請書



フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名				個人番号															
生年月日		年 月 日																	
住所		〒		-		電話番号 ()		-											
		氏 名		生 年 月 日		被 保 険 者 番 号 (介護保険の被保険者の場合のみ)													
世帯構成	世帯主			年 月 日															
	世帯員			年 月 日															
				年 月 日															
				年 月 日															
<p>(宛先) 知多北部広域連合長 上記のとおり高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () - 氏 名 被保険者との続柄 ()</p>																			

※今回の支給以降、高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給費の支給に際して、申請手続は不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
※給付制限を受けている方については、高額介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額介護予防サービス費相当支給費の支給ができません。

上記の給付費等を次の口座に振り込んでください。

振込口座	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		種 目	口座番号												
	金融機関コード		店舗コード		1 普通	フリガナ												
					2 当座	口座名義人												
委任欄	年 月 日 (被保険者) 住所 氏名		住所 氏名		私は次の者を代理人として給付費等の受領に関する権限を委任します。 (代理人) 住所 氏名													

※振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

様式第34号を次のように改める。

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

フリガナ	年 月 日 生		個人番号
氏名	生年月日	試算期間の始期及び終期	

国民健康保険資格情報			
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	保険者名称
			続柄
			1 世帯主 2 続世帯主 3 世帯員
加入期間	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 信用協 農	金融機関コード	加入期間		保険者名	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
					年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで			
1 窓口払い									
2 口座振込									

(宛先) 知多北部広域連合長

- ① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護サービス費、高額医療合算介護予防サービス費)又は高額医療合算介護予防サービス費相当支給費)の支給を申請します。
- 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。

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

※高額介護合算療養費(高額医療合算介護サービス費、高額医療合算介護予防サービス費又は高額医療合算介護予防サービス費相当支給費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で困んでください。

年 月 日

住所 〒 -

申請代表者 氏名 ()

電話番号 () -

様式第37号を次のように改める。

介護保険負担限度額認定申請書

受付印

フリガナ			被保険者番号																	
被保険者氏名			個人番号																	
生年月日	明・大・昭	年	月	日																
住所	〒 -																			
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 - <施設名称>																			
入所年月日(※)	年	月	日	施設の種類	1 特養・2 老健・3 療養型・4 介護医療院・5 ショートステイ															

(※)ショートステイの場合は、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、記入不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号														
	住所	〒 -		市町村民税課税状況				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 第1段階	本人の非課税年金受給状況 <input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給していない ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金 含む 受給している年金保険者 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済		
	<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非課税年金収入額の合計額が 年額80万円以下 の方 第2段階			
	<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非課税年金収入額の合計額が 年額80万円超120万円以下 の方 第3段階①			
	<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非課税年金収入額の合計額が 年額120万円超 の方 第3段階②			
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計額が次に示す金額以下です。				
	<input type="checkbox"/>	第1段階 1,000万円(夫婦は2,000万円)	第2段階 650万円(夫婦は1,650万円)		
		第3段階① 550万円(夫婦は1,550万円)	第3段階② 500万円(夫婦は1,500万円)		
	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)
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					

(宛先)知多北部広域連合長 上記のとおり食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定の申請をします。 年 月 日 住所 電話番号 () - 申請者 氏名 被保険者との続柄 ()	
---	--

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所有している場合は、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。

市町記入欄	
保険者記入欄	

様式第39号を次のように改める。

様式第41号を次のように改める。

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

年 月 日

(宛先) 知多北部広域連合長

住所
申請者
氏名
電話番号 () -

次のとおり関係書類を添えて、支給申請します。

フリガナ			被保険者番号																
被保険者氏名			個人番号																
生年月日	年 月 日																		
住所	〒 - 電話番号 () -																		
支払った負担限度額等の期間												支払った額							
年 月 日から 年 月 日まで												円							
入所(院)期間	年 月 日から 年 月 日まで																		
食事の提供を受けた介護保険施設	名称																		
	所在地	〒 - 電話番号 () -																	
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日	年 月 日交付																	
	適用年月日	年 月 日適用																	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由																			
添付書類	該当月分の領収書																		

上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

振込口座	銀行	本店	種目	口座番号														
	信用金庫	支店			1 普通	フリガナ												
	農協	出張所	2 当座	口座名義人														
	金融機関コード	店舗コード																
委任欄	年 月 日																	
	(被保険者) 住所																	
	氏名																	
	私は次の者を代理人として給付費の受領に関する権限を委任します。																	
(代理人) 住所																		
氏名																		

※振込先が被保険者以外の場合は、委任欄を記入してください。

保険者記入欄

領収書 確認欄																		

様式第46号を次のように改める。

介護保険被保険者証等再交付申請書



（宛先）知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との続柄	
申請者住所	電話番号（ ） —	

*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です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	電話番号（ ） —		

*下記証明書のうち、2、3、5、9、10の再交付申請の場合は、運転免許証等により本人確認ができる場合は、個人番号の記載は不要です。

再交付する 証明書	1 受給資格証明書 2 被保険者証 3 負担割合証 4 資格者証 5 負担限度額認定証 6 利用者負担額減額・免除認定証 7 特定負担限度額認定証（旧措置者） 8 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置者） 9 訪問介護利用者負担額減額認定証 10 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証	
※5～10は、決定通知も再交付します。不承認の場合は決定通知のみ再交付します。		
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）	

※ 第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

(医療保険者番号) 医療保険者名		医療保険 被保険者証記号番号	—
---------------------	--	-------------------	---

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）		
------	--	--	--

課長		補佐	係長	係

課付課長		受付者

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、現に作成されている用紙で残量のあるものについては、改正後の知多北部広域連合介護保険事務要綱の規定にかかわらず、当分の間、これを使用することができる。