

鹿屋市介護保険法施行細則の一部を改正する規則

鹿屋市介護保険法施行細則（平成18年鹿屋市規則第127号）の一部を次のように改正する。

第18条第1項中「第15条」を「第14条」に改める。

別記第1号様式及び別記第2号様式を次のように改める。

別記

第1号様式（第2条関係）

介護保険		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                 要介護認定・要支援認定                  要介護更新認定・要支援更新認定             </div>		申請書	
鹿屋市長		様			
次のとおり申請します。					
申請者氏名				申請年月日	年 月 日
				本人との関係	
提出代行者名	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）				
申請者住所	〒			電話番号	

  

医療保険	保険者名				保険者番号					
	被保険者番号	記号				番号	枝番			
被保険者	被保険者番号						個人番号			
	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢		
	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	
		有効期間		年 月 日から			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		
有・無	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			
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					
-------	--	--	--	--	--

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、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

（代筆者）

第2号様式（第3号様式）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書										
鹿屋市長 様										
次のとおり申請します。										
申請者氏名					申請年月日		年 月 日			
					本人との関係					
提出代行者名	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）									
申請者住所	〒				電話番号					
医療保険          被 保 険 者	保険者名			保 險 者 号						
	被保険者記号・番号		記号		番号		枝番			
	被保険者番号			個人番号						
	フリガナ			生年月日			明・大・昭 年 月 日		年齢	
	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	
				有効期間			年 月 日から		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		
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										

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、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

（代筆者）

別記第13号様式中「印」を削る。

別記第14号様式及び別記第15様式を次のように改める。

第14号様式（第15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

	償還払		受領委任払	※該当する方にレ印を記入してください。
--	-----	--	-------	---------------------

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	年 月 日			性別	男・女									
住所	〒													電話番号
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名			購入金額	購入日									
				円	年月日									
				円	年月日									
				円	年月日									
鹿屋市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の 支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名														

注 この申請書に、利用者から同意を得た「福祉用具サービス計画書」の写し、領収書、福祉用具のパフレット等を添付してください。

(事前承認時に提出済のものは添付不要です。)

承認番号	承認年月日
------	-------

口座振替 依頼欄	金融機関名		支店等名			種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード				1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
	フリガナ										
口座名義人											

第15号様式（第16条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

※該当する方にレ印を記入してください。

	償還払		受領委任払
--	-----	--	-------

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	年 月 日			性別	男・女						
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				業者名							
				着工日	年	月	日				
				完成日	年	月	日				
改修費用	円										
鹿屋市長 様 上記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 申請者 住所 氏名											

承認番号	承認年月日
------	-------

注1 この申請書に、領収書、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。

居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用組合 信用組合	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 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

別記第21号様式を次のように改める。

（表面）

介護保険負担限度額認定証										
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	明治・大正・昭和 年 月 日								
	適用年月日	年 月 日から								
	有効期限	年 月 日まで								
食費の負担限度額	(介護予防) 短期入所生活(療養)介護 その他のサービス	円 円								
居住費又は滞在費 の負担限度額	ユニット型個室 ユニット型個室的多床室 従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・医療院等) 多床室	円 円 円 円 円								
保険者番号及び 並びの名 印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

（裏面）

注 意 事 項
<p>一 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。）並びに介護保健施設サービス、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。</p> <p>二 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。</p> <p>三 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、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>五 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。</p>

附 則

この規則は、令和7年4月1日から施行する。