

12. 介護保険課での手続き等について

(1) 認定関係

①介護保険要介護認定・要支援認定申請書

ア. 申請の概要

この申請は、以下の申請のためのものです。申請区分は次のとおりです。

【新規申請】

新たに要介護認定等を受けるための申請

- ・初めて要介護等認定申請をする場合

初めて認定申請をする方は「新規」と「認定を受けていない」の両方にチェックをしてください。

- ・要支援からの状態悪化による申請をする場合

すでに要支援認定をお持ちの方が状態悪化により見直しの申請をする場合は「新規」と「要支援からの状態悪化」の両方にチェックをしてください。

- ・事業対象者※の方が要介護等認定申請をする場合

事業対象者の方（基本チェックリストを行った結果、事業対象に該当された方）が、初めて要介護等認定申請をする場合、「新規」と「事業対象者」の両方にチェックをしてください。また、介護状態区分等の「事業対象」に○を付けてください。

【更新申請】

すでに要介護認定等を受けた被保険者が、有効期間満了後においても要介護状態または要支援状態に該当すると見込まれるときに、引き続き認定を受けるための申請

【区分変更申請】

すでに要介護認定等を受けた被保険者が、その介護の必要の程度が、現在受けている要介護認定に係る要介護状態区分以外の状態区分と認められるとき、または、現在受けている要支援認定に係る要支援状態区分以外の状態区分に該当すると認められるときに、区分の変更の認定を受けるための申請

*すでに要支援認定を受けている人が状態悪化により、要介護を見込んだ見直しの申請をする場合は、「新規申請」となります。（要支援認定を受けている人が「区分変更申請」をした場合、要介護1～5に該当すると認められると、申請は却下となり、変更申請前の認定が有効となります。本人の状態に応じた介護度を判定する介護保険制度の趣旨から、藤沢市では要支援1から要支援2を見込んだ「区分変更申請」は原則受付けていません。）

※事業対象者とは

基本チェックリスト（厚生労働省が作成した25項目の質問に「はい」「いいえ」で答え、事業対象の基準に該当するか判断するもの）で事業対象に該当した者をいいます。事業対象者は要介護認定申請を経なくても、介護予防・生活支援サービス事業の利用につながることができます。藤沢市では、各いきいきサポートセンターの窓口で基本チェックリストを実施しています。

イ. 申請をする人

- ・要介護認定等を受けようとする本人または本人の家族等
- ・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・いきいきサポートセンター（以下「事業者等」という。）
- ・その他施設等

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（第11号様式）
- ・介護保険被保険者証（第2号被保険者は交付されている人のみ）
- ・医療保険被保険者証（健康保険証）（写しも可）

※マイナンバー健康保険証を利用している場合は、写しの添付は不要です。ただし、マイナンバーで医療保険情報を確認するため、表面⑦のマイナンバーと⑥の委任欄(本人以外が申請する場合のみ)の記載が必要です。

※マイナンバー(個人番号)を記入して申請する場合は次の書類も必要です。(原則としてマイナンバー(個人番号)の記入が必要になりますが、マイナンバー(個人番号)の記入がなくても、申請書の受付はできます。)

- ・本人・家族等が申請する場合
 - * マイナンバー（個人番号）が確認できる書類（マイナンバーカード・通知カードの写し等）
 - * 窓口に来庁する方の本人確認書類（運転免許証等）
- ・事業者等が申請する場合（マイナンバー確認書類は不要です。）
 - * 事業者等が交付した社員証等＋介護支援専門員証等

エ. 注意事項

- ・「申請日」は、提出日の日付を記入してください。
- ・「申請区分」の記入漏れ・記入誤りがないようにしてください。
- ・「主治医欄」は、医師の氏名をフルネームで記入してください。また、最終受診日を必ず確認し、定期的に受診していない場合は受診をするよう促してください。
- ・代行申請する場合は、「提出代行者」欄に記入してください。
- ・マイナンバーの記載がある場合は「委任欄」に本人の記名が必要です。
- ・区分変更・要支援認定からの新規申請の際は、必ず「申請理由」を記入してください。
- ・第2号被保険者の申請の際は、医療保険被保険者証（健康保険証）の写しを添付し、申請書裏面の特定疾病の該当箇所に○をつけてください。

※マイナンバー健康保険証を利用している場合は、写しの添付は不要です。ただし、マイナンバーで医療保険情報を確認するため、表面⑦のマイナンバーと⑥の委任欄(本人以外が申請する場合のみ)の記載が必要です。

- ・紛失等の理由により被保険者証を提出することができない場合は、申請書とともに「介護保険被保険者証等再交付申請書」を提出してください。
- ・市民センター・石川分館・村岡公民館の地区福祉窓口に申請書を提出する際には、「要介護要支援認定申請一覧表」を添付して提出してください。

・事業対象者のサービス利用開始日の記入について

申請区分を「新規」と「事業対象者」の両方にチェックをした方は、サービス利用時の費用を区分する必要があるため、要介護認定が出た場合、認定申請日以降も事業対象者として総合事業サービスを利用するか、認定申請日以降は事業対象者として総合事業サービスを利用せず、介護サービスまたは介護予防サービスを利用するかを以下のとおり選択してください。

* 認定申請日以降も総合事業サービスを利用する場合

「1」にチェックし、介護サービスの利用開始予定日、または施設入所予定日を必ず記入してください。（実際の介護サービス利用開始日は「居宅サービス計画作成依頼届出書」の「変更年月日」となります。）

* 認定申請日以降は事業対象者として総合事業サービスを利用せず、介護サービスまたは介護予防サービスを利用する場合

「2：認定申請日以降は、事業対象者として総合事業サービスを利用しません。」にチェックを入れてください。

帳票類は藤沢市ホームページをご確認ください。

藤沢市ホームページ (帳票のダウンロード) 該当ページの 二次元コードはこちら	
--	--

1 申請日

申請書を提出する日を記入してください。

2 申請区分

該当の申請区分にチェックを入れてください。

※ 現在要支援認定を受けている方が、状態悪化により見直しの申請をする場合は「□新規」と「□要支援からの状態悪化」にチェックをいれてください。

事業所が持参する「要介護認定・要支援認定申請一覧表」と併せて、申請区分を確認してください。「□新規」「□区分変更」のみ介護保険課にFAXしてください。

4 窓口に来た方

窓口で申請書を提出される方(家族等)の氏名・住所・電話番号・被保険者との関係を記入してください。本人の場合は、住所・電話番号の記入は不要です。

⑤の提出代行者以外の事業所は、「氏名」欄に事業所名を、「住所」欄に事業所の所在地・電話番号を記入してあることを確認してください。「被保険者との関係」欄は「その他」に○をつけ、被保険者本人との関係が記入してあることを確認してください。なお、マイナンバーの記入がある場合は窓口に来た方の氏名を必ず記入してもらってください。

5 提出代行者

本人・家族等が申請する場合は記入は不要です。

「提出代行者」欄に記載されている事業所が申請する場合は、該当の区分にチェックを入れ、事業所の所在地・電話番号を記入してください。

6 委任欄

本人以外が申請する場合は、原則本人の記名が必要ですが、マイナンバーの記入がなければ、委任欄は未記入のまま提出できます。(家族が窓口で申請書を記入する場合、代筆してもらう必要はありません。)

事業所申請の場合は、本人の記名が必要です。

10 サービス利用開始日

申請区分が「□事業対象者」の方で、要介護認定結果が出るまで総合事業を利用する場合は、「□1」をチェックしてください。介護サービスの利用開始予定日又は施設入所予定日も併せて記入してください。

11 入院中又は施設に入所の方

現在、病院に入院している方、施設等に入所している方は、施設名・所在地・電話番号・入院または入所日を記入してください。病院に入院の方は、退院予定日を記入してください。未定の場合は、入院日からおおよその入院期間を記入してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

請求者 長	□代
申請日	□更新 □区分変更 □転入
記入申請種のみ記入	□認定を受けていない □要支援からの状態悪化 □新規 □事業対象者
現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。(すでに認定結果通知を受けている場合は「いいえ」を選択してください。)	□いいえ □申請日
転出元市町村名【】 ※介護保険証の発行元市町村名を記入してください。	
フリガナ 氏名	被保険者 との関係
住所	電話番号
提出代行者	電話番号
委任欄	
被保険者番号	マイナンバー
フリガナ	性別
氏名	生年月日
住所	電話番号
現在の介護状態区分等	要支援(1・2) 要介護(8)
申請理由	認定有効期間
サービス利用開始日	認定有効期間
医療機関名又は施設名	病棟
所在地	入院・入所日
主治医	退院予定日
最終受診日又は受診予定日	回数
医療保険者番号	定期受診
記号、番号及び技番	

記入のしかた

① 事業所申請の場合、このマークがついている部分も参照してください。

③ 転入申請時のみ記入
住所異動等で転入前の市町村から要介護認定の引継ぎをする場合のみ記入が必要です。

7 被保険者(認定を受ける方)

被保険者番号・氏名・生年月日・性別・住所・電話番号を記入してください。

マイナンバー

マイナンバーを記入する場合、窓口に来た方の本人確認と認定を受ける方のマイナンバーの確認が必要です。(※マイナンバー健康保険証を利用している場合は必須) マイナンバーが記入できない場合は、未記入のまま提出できます。

▼マイナンバーが記入されている場合、事業所が持参した「要介護認定・要支援認定一覧表」の「提出者の本人確認」欄に記載された書類をチェックし、欄外の「受付」欄に担当者名前を記入し、「新規」と「変更」申請の場合は申請書と一緒にFAXしてください。

▼マイナンバーの確認は介護保険課で行いますので、マイナンバー確認書類の添付は不要です。

8 現在の介護状態区分等

現在の状態区分に○を付け、要支援及び要介護の方は有効期間を記入してください。

9 申請理由

申請理由を必ず記入してください。(複数チェック可)

12 主治医

かかりつけの医師の、医療機関名・医師の氏名(フルネーム)・所在地・電話番号・最終受診日(又は受診予定日)、定期受診の予定を記入してください。

申請の前後1か月以内に医療機関を受診していない場合、医師による「主治医意見書」の記入が難しいことがありますが、**すので、あらかじめ主治医に確認してください。**

※ 2号被保険者は、16の特定疾病の診断名を記載できる医師を記入してください。

※ **決まった主治医がない場合は、医療機関を受診し、主治医を決めた上で申請してください。**

13 医療保険者番号

加入している医療保険の保険者番号等を記入してください。記号や技番は、記載がない場合は記入不要です。

＜裏面もご記入ください＞

14 第2号被保険者の方

第2号被保険者(40歳から64歳の方)のみ記入してください。
 該当する特定疾病に○を付けてください。
 医療保険被保険者証(健康保険証)の写しを添付し、申請書と一緒にFAXしてください。

14

- 次の特定疾病の該当する番号に○をつけてください。
- がん(末期)
 - 関節リウマチ
 - 筋萎縮性側索硬化症
 - 後縦韌帯骨化症
 - 骨折を伴う骨粗鬆症
 - 初期における認知症(アルツハイマー病)
 - 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
 - 脊髄小脳変性症
 - 脊柱管狭窄症
 - 早老症
 - 多系統萎縮症
 - 糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症(外傷性を除く)
 - 脳血管疾患(外傷性を除く)
 - 閉塞性動脈硬化症
 - 慢性閉塞性肺疾患
 - 慢性関節炎または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※第2号被保険者については、健康保険証の写しの添付をお願いします。

同意欄

介護保険事業適用期間中は、市で保管する当該事業に必要な情報及び当該事業の適正な運営を確保するために市が保有する国民健康保険被保険者番号及び後期高齢者医療被保険者番号並びに医療保険における給付内容等の情報は、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、要確認又は要支援認定に係る調査委員会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を居宅介護支援事業者、地域包括支援センターと委託契約した居宅介護支援事業者等に提供することに同意します。
 また、主治医意見書を記載した医師に介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を提出することにも同意します。なお、介護認定審査会による判定結果が拒絶又は要支援2の場合、当該被保険者の申請書に署名した居宅介護支援事業者は、連絡先住所、連絡先電話番号を提出することに同意します。

15

被保険者氏名 ()
 代筆者氏名

17 調査時の立会

立会者の有無を記入してください。
 立会「あり」の場合は、立会者氏名と被保険者本人との関係を記入してください。

15

被保険者との関係 ()
 代筆者氏名

16 必要事項です。必ずご記入ください。

訪問調査先
 本人の居所
 自宅
 入所施設
 入院先の病院
 退院後、自宅又は入所先での調査も可能
 名称: 所在地:

17

調査時の立会
 なし (本人のみからの聞き取り可)
 あり

18

本人(認定を要する方)
 立会者(同上)
 その他

19

本人との関係
 本人(認定を要する方)との関係
 ケアマネ、施設職員
 その他

※平日に連絡がとれる番号を記入してください。

20

マイナンバーの記載がある場合は、【本人確認】と【番号確認】をしてください。

受付	入力	作成	審査	適合	書写	本人確認 氏名・住所・生年月日・性別・身元保証・年金・住人	番号確認 マイナンバー	関係	有	再交付	無

資格者証 郵送

受付をした職員の名前を記入してください。

◆同日届出がある場合はチェックしてください。
 ◆保険証の有無に○してください。

健康保険証の写し
 マイナンバー健康保険証を利用している場合は、写しの添付は不要です。
 ただし、マイナンバーで医療保険情報を確認するため、表面⑦のマイナンバーと⑥委任欄(本人以外が申請する場合のみ)の記載が必要です。

15 同意欄

内容を説明し、「認定を受ける方」の記名をしてください。

※代筆者の場合は、被保険者から同意を受けたことを確認し、代筆者氏名・被保険者との関係を記入してください。

※本人の自署の場合は、代筆者氏名・被保険者との関係を省略できます。

なお、同意をしないこともできますが、その場合は、個人情報等の提供について、その都度サービスを利用される本人と事業者等との間でおこなっていただくことが必要になります。

20 備考欄

調査の日程調整の連絡や調査実施にあたって、留意することがある場合や、申請受付時に聞き取りした内容があれば、記入してください。
早めの調査を希望する、という申し出があった場合は、理由も記入してください。

- (例)
 「体調悪化により予後不良のため、調査急いでほしい」
 「月・木は受診のため不在です。」
 「不在時は留守番電話にメッセージをいれてください。」
 「病名を本人に未告知のため、調査時注意してください。」
 「〇月〇日脳梗塞により入院、退院後は在宅で生活予定のため、住宅改修希望」
 「長男夫婦と同居だが、就労のため、日中は独居。デイサービス利用希望」...等

記載例

要介護認定・要支援認定申請一覧表

(※市民センター・村岡公民館に提出するときに添付してください。)

提出先	〇〇市民センター
提出日	12月 1日
件数	7件
事業所名	××居宅介護支援事業所

マイナンバーの記載のない申請書

番号	被保険者番号	被保険者氏名	申請種別	備考
1	111111	藤沢 花子	新規・更新・区変	健康保険証
2	111112	六会 太郎	新規・更新・区変	居宅届
3	111113	片瀬 次郎	新規・更新・区変	再交付
4	111114	知久 真土	新規・更新・区変	
5	111115	明治 桜	新規・更新・区変	チェックリスト
6			新規・更新・区変	
7			新規・更新・区変	
8			新規・更新・区変	
9			新規・更新・区変	
10			新規・更新・区変	
11			新規・更新・区変	
12			新規・更新・区変	

マイナンバーの記載がない申請書は上の欄に記入してください。マイナンバーの記載がない申請書のみを提出する場合は、提出者の本人確認は行いません。

申請書に添付した書類を備考欄に記入してください。

マイナンバーの記載がある申請書は下の欄に記入してください。窓口に来庁した方の本人確認を行います。(※申請書内の「窓口に来た人」欄には必ず提出者の氏名を記入してください。)

マイナンバーの記載のある申請書 ※提出者の本人確認をします。

番号	被保険者番号	被保険者氏名	申請種別	備考
1	111116	御所見 花代	新規・更新・区変	
2	111117	遠藤 一郎	新規・更新・区変	再交付
3			新規・更新・区変	
4			新規・更新・区変	
5			新規・更新・区変	
6			新規・更新・区変	
7			新規・更新・区変	
8			新規・更新・区変	
9			新規・更新・区変	
10			新規・更新・区変	
11			新規・更新・区変	

提出者の本人確認を行います。事業所に所属していることが分かる書類(社員証等)に加えて、マイナンバー法で定める書類で確認が必要になります。運転免許証又は介護支援専門員証などを提示してください。

提出者の本人確認 ※マイナンバーが記載してある申請書を提出するときには、必ず右1, 2の書類の両方を窓口で提示してください。	(事務処理欄) 1. 事業所に所属していることが分かる書類(下にチェック) [<input type="checkbox"/> 社員証) [<input type="checkbox"/> その他()] 2. 官公署の発行した写真付きの書類(下にチェック) [<input type="checkbox"/> 運転免許証) [<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証) [<input type="checkbox"/> その他()]
--	---

受付 ()

②介護保険認定関係書類の写し交付依頼書

ア. 依頼の概要

この依頼は、被保険者からの依頼によりケアプランを作成する事業者のケアマネジャー等が、ケアプランを作成するための資料として、当該被保険者に係る認定調査票、認定調査票（特記事項）及び主治医意見書の写しの交付を依頼するためのものです。

イ. 依頼をすることができる人

被保険者からケアプランの作成を依頼された事業者のケアマネジャー等

ウ. 依頼をする際に必要なもの

▼「居宅サービス計画等作成依頼(変更)届出書」を提出している事業者が依頼する場合

- ・介護保険認定関係書類の写し交付依頼書（別記様式1）

▼いきいきサポートセンターから介護予防サービス計画作成の委託を受けた事業者が依頼する場合

- ・介護保険認定関係書類の写し交付依頼書（別記様式1）
- ・サービス計画等委託証明書（別記様式3）（→次頁二次元コード遷移先参照）
委託をするいきいきサポートセンターが提出してください。すでに提出済みの場合は不要です。

▼施設サービス計画を作成する事業者が請求する場合

- ・介護保険認定関係書類の写し交付依頼書（別記様式1）
- ・入所契約書の写し、または介護認定関係書類の写し交付依頼にかかる同意書（別記様式2）
（→次頁二次元コード遷移先参照）

※ 次の場合は、「介護認定関係書類の写し交付依頼にかかる同意書」（別記様式2）を添付することで、依頼をすることができます。

- ・居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者が連携して暫定ケアプランを作成している場合に、「居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書」の提出をしていない方の事業者が、認定関係書類の写しの交付を依頼する場合
- ・更新申請で、要介護から要支援（または要支援から要介護）へ変わった場合に、翌月以降のケアプランの作成を担当する事業者が、あらかじめ、認定関係書類の写しの交付を依頼する場合（翌月にならないと「居宅サービス計画等作成依頼(変更)届出書」の提出ができない場合）

エ. 依頼の方法について

▼介護保険課窓口

- ・「ウ」を介護保険課窓口を持参してください。
※市民センター等に依頼書の提出はできません。

▼郵送依頼

- ・「ウ」と依頼者であるケアマネジャーの介護支援専門員証の写し
- ・事業者または事業所が発行した身分証明書の写し
- ・切手を貼った返信用封筒

▼電子申請

- ・e-KANAGAWA（藤沢市電子申請システム）の「検索条件」に「介護保険認定関係書類の写し交付

依頼書」と入力し検索してください。

・入力フォーマットに沿って、必要事項を入力してください。

※書類の受け取りは介護保険課窓口のみです。

オ. 交付を受ける際に必要なもの

事業者または事業所の発行した身分証明書（依頼者が来庁できない場合は、同じ事業者等に所属する代理人でも交付を受けることができます。）

カ. 注意事項

- ・ケアプラン作成以外の目的には利用できません。
- ・認定結果通知を発送前の依頼については受付できません。必ず被保険者証等で認定結果を確認の上、依頼してください。
- ・「依頼者」の氏名は、依頼するケアマネジャー等の氏名をお願いします。
- ・受付・交付窓口は介護保険課のみです。市民センター等では取り扱っておりません。
- ・交付までに受付から4営業日（電子申請の場合は5営業日）かかります。（窓口で依頼書受付の際は交付予定日をお伝えします。）
- ・交付する書類は個人情報ですので、取り扱いには十分注意してください。
- ・不要になった認定関係書類は、介護保険課に返却してください。

藤沢市ホームページ
（帳票のダウンロード）
該当ページの
二次元コードはこちら



e-KANAGAWA
（電子申請）
該当ページの
二次元コードはこちら



【書き方見本】

介護保険認定関係書類の写し交付依頼書

別記様式1(第6条関係)

藤沢市長

依頼者

つぎの被保険者に係る認定関係書類の写しの交付を依頼します。
この写しから知り得た情報については、サービス計画等の作成以外の目的には利用しません。

- 地域包括支援センター
- 居宅介護支援事業者
- (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者
- 看護小規模多機能型居宅介護事業者
- 介護保険施設
- 地域密着型介護老人福祉施設
- (介護予防)特定施設入居者生活介護事業者
- 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者
- (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者

事業者名 ○△×居宅介護支援事業
所在地 藤沢市〇〇1-1
事業所番号 0123456789
電話番号 0466-〇〇-××××
氏名 朝日 一郎

・該当の事業者区分にチェックしてください。
・事業者名等を記入してください。

No	被保険者番号・氏名	必要な書類	介護度	認定日	請求権限	審査時確認	交付時
1	0 0 0 1 1 1 1 1 1 1	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 要支援()	2021年	<input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書	請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無	請求権限 有・無
	明・大・昭 3年 3月 3日生	<input checked="" type="checkbox"/> 特記事項					
	0 0 0 2 2 2 2 2 2 2	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書					
2	0 0 0 2 2 2 2 2 2 2	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 要介護() <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(2)	2020年	<input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書	請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無	請求権限 有・無
	明・大・昭 10年 10月 10日生	<input checked="" type="checkbox"/> 特記事項					
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書					
3	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書	請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無	請求権限 有・無
	明・大・昭 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 特記事項					
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
4	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書	請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無	請求権限 有・無
	明・大・昭 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 特記事項					
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 主治医意見書					
5	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書	請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無	請求権限 有・無
	明・大・昭 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 特記事項					
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	<input type="checkbox"/> 主治医意見書					

太枠内を記入してください。

・必ず認定結果を確認後に依頼書を提出してください。

・介護度・認定日の記載のない依頼については、受付できません。

・交付時に、請求権限の確認できない被保険者の依頼は却下とします。

・請求権限の確認できない等の理由で、交付できない被保険者の分を保留にしまして、同じ依頼書で依頼している他の被保険者の分だけ交付することはできません。

【受領者署名欄】

交付 身分確認済

※サービス計画等の作成以外の目的(介護度の確認・介護報酬の請求等)を理由とした依頼は、受付することができませんので、ご注意ください。

・書類の交付を受ける際に、署名をしてください。
・受け取り時には事業所等の発行した身分証明書を持参してください。

③介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書

ア. 届出について

この届出は、申請中の要介護認定・要支援認定申請を取り下げるために届け出るものです。

イ. 届出に必要な物

- ・介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書（任意の様式で構いません）
- ・介護保険資格者証

ウ. 注意点

- ・申出者は、申請中の要介護認定・要支援認定申請の申請者、または本人です。
- ・本人以外の方が手続きする場合には、必ず本人または家族に確認の上、提出してください。
- ・届出の際には、事前に介護保険課へ連絡してください。
- ・「取下げ理由」欄は必ず記入してください。
- ・介護保険課にご提出ください。（市民センター・石川分館・村岡公民館には提出できません。）

書き方見本

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書

〇〇年〇〇月〇〇日

藤沢市長

申出者
(代行事業者) 藤沢 太郎

住所
(所在地) 藤沢市朝日町1-1

電話番号 0466-25-1111

次のとおり、介護保険要介護認定・要支援認定申請を取下げます。

介護保険要介護認定 ・要支援認定申請日	〇〇年〇〇月〇〇日
取下げ 対象者 (被保険者)	被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
	氏名 <u>藤沢 太郎</u>
取下げ理由	生年月日 <u>明・大・昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</u>
	住所
	電話番号

(事務担当) 藤沢市役所 介護保険課
0466-50-3527(直通)

- ← 申請書の提出年月日は、西暦又は元号のどちらでも構いません。
 - ← 申請者の氏名・住所・電話番号を記載してください。
※申請者が事業者の場合は、事業者名・所在地・電話番号を記載してください。
 - ← 取下げようとしている介護保険要介護認定・要支援認定申請書の申請年月日を記載してください。
 - ← 本人の被保険者番号を記載してください。
 - ← 本人の氏名・生年月日・住所・電話番号を記載してください。
 - ← 取り下げる理由を記載してください。
- *この申請書を提出する際は、**資格者証を持参**してください。

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書

年 月 日

藤 沢 市 長

申 出 者
(代行事業者)

住 所
(所 在 地)

電 話 番 号

次のとおり、介護保険要介護認定・要支援認定申請を取下げます。

介護保険 要介護認定・ 要支援認定申請日	年 月 日																					
取 下 げ 対 象 者 (被 保 険 者)	被保険者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
	氏 名																					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日																				
	住 所																					
電話番号																						
取 下 げ 理 由																						

(事務担当) 藤沢市役所 介護保険課
0466-50-3527 (直通)

(2) 資格関係

① 介護保険被保険者証等再交付申請書

ア. 申請の概要

この申請は、被保険者等が被保険者証、資格者証、負担割合証、各種認定証等を紛失、汚損、破損等をしたことにより、それらを再交付するためのものです。

また、介護保険要介護認定・要支援認定申請書の申請をする際に被保険者証がない場合は、同時に再交付の申請が必要となります。

イ. 申請をする人

被保険者証等を紛失等した本人

(「申請者」は被保険者本人ですが、その家族や事業所等が代行して手続きをすることができます。)

ウ. 申請に必要なもの

介護保険被保険者証等再交付申請書 (第10号様式)

エ. 注意事項

- ・郵送での交付が基本となります。即日必要であるために窓口での交付を希望する場合は、手続きに来た人が被保険者本人または同住所か送付先の親族で、本人確認書類(運転免許証、パスポート等)により、住所の確認ができる時のみとなります。
- ・手続きに来た人が事業所の場合は、事業所名、所在地、電話番号、来庁者の氏名及び被保険者との関係を記載してください。
- ・「再交付の理由」欄は、「いつ」「どこで」等、理由を詳しく記載してください。
- ・汚損、破損の理由で申請する場合は、被保険者証を申請書に添えて市に提出してください。



藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



藤 沢 市 長

〇〇〇〇年 〇月〇〇日

藤沢市〇〇町〇丁目〇番〇号
住所

藤沢 一郎
手続きをする人 氏名

電話番号 **0466-00-0000**
被保険者との関係 **長男**

次のとおり申請します。

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	昭和 明治・大正
住所	〒 251-0000 藤沢市朝日町〇〇番地の〇	〇〇年〇月〇〇日
フリガナ	フジサワ タロウ	あり・なし
氏名	藤沢 太郎	要介護 (支援)認定
再交付を受けようとする証	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 負担割合証 <input type="checkbox"/> 4 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 5 特定負担軽減額認定証(旧措置入所者) <input type="checkbox"/> 6 利用者負担軽減額・免除等認定証(旧措置入所者) <input type="checkbox"/> 7 訪問介護利用者負担軽減額免除認定証 <input type="checkbox"/> 8 負担軽減額認定証 <input type="checkbox"/> 9 利用者負担軽減額・免除認定証 <input type="checkbox"/> 10 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者確認証 <input type="checkbox"/> 11 その他()	
再交付の理由 (該当する物の番号を丸で囲んでください)	1 汚損 2 破損 3 紛失 4 その他() (理由) ※「いつ」「どこで」「どのように」理由が生じたかを詳しく記入してください。 燃えるゴミの日に間違えて捨てしまったため	

ここから下は1(被保険者証)3(負担割合証)の再交付を希望の場合のみご記入ください。

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

私は、介護保険被保険者証等再交付の申請を、上記手続きをする人に委任します。

被保険者(申請者) 氏名 **藤沢 太郎**

確認	<input type="checkbox"/> 本人確認書類添付 <input type="checkbox"/> 手続きに果たた人資格確認済(ケアマネジャー・ケースワーカー) <input type="checkbox"/> 不要(郵送交付) <input type="checkbox"/> 同時(要介護・要支援認定の申請あり) <input type="checkbox"/> 同時に「居宅サービス等計画作成依頼」届出あり	個人番号(身分確認) (番号確認) <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 居手 <input type="checkbox"/> 他() 個人・通力 住票・住基
他の申請等状況	申請のとおり再交付してよいでしょうか	
資格者証交付の要否	有 無	
交付方法	課 長 主 幹 課長補佐 主 査 担 当	
<input type="checkbox"/> 郵送(普通郵便) <input type="checkbox"/> 郵送(特定記録郵便) <input type="checkbox"/> 窓口交付		

【申請書の記入上の留意事項】

申請書の提出年月日は、西暦又は元号のどちらでも構いません。

手続きをする人の「住所」、「氏名」、「電話番号」及び「被保険者との関係」を記入してください。

再交付を受けようとする被保険者本人の「被保険者番号」、「住所」、「氏名」、「生年月日」、「要介護(要支援)認定の有無」を記入してください。被保険

再交付を受けようとする証の番号を「○」で囲んでください。

再交付の理由のうち該当するものの番号を「○」で囲み、その理由を詳しく記入してください。
 ※お手元に汚損又は破損した被保険者証がある場合には、この申請書に添えて提出してください。

個人番号は再交付を受けようとする証が「1 被保険者証」「3 負担割合証」の場合のみ記入してください。
 再交付を受けようとする証が2、4-11の場合には個人番号を記入しないでください。

※個人番号がわからない場合は、未記入で構いません。

個人番号を記入する場合、「個人番号確認書類」と「本人確認書類」の両方が必要となります。

「個人番号確認書類」と「本人確認書類」については、裏面をご参照ください。
 郵送申請の場合は写しの添付が必要となります。

個人番号を記入しただけで被保険者本人(法定代理人含む)以外の方が手続きをする場合には、被保険者氏名を署名してください。

この欄は、藤沢市の事務処理欄ですので、何も記入しないでください。

【マイナンバー・本人確認書類一覧】

個人番号 確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号が記載されているもの)	
本人確認 書類 (手続きをす る人が被保 険者以外の 場合は、手 続きをする 人の本人確 認書類が必 要です)	1点で確認 (有効期限内のもの)	2点以上で確認 (有効期限内のもの)
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 (交付年月日が平成24年4月1日 以降のものに限る) <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 官公署から発行された顔写真付きの 書類等 ※次の2点の記載があるもの ①通知カードに記載された氏名 ②通知カードに記載された生年月日 又は住所	<input type="checkbox"/> 国民健康保険、健康保険、船員保険、 後期高齢者医療の被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険日雇特例被保険者手帳、 国家公務員共済組合若しくは 地方公務員共済組合の組合員証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 官公署又は個人番号利用事務実施者若しくは 個人番号関係事務実施者から発行された書類 ※次の2点の記載があるもの ①通知カードに記載された氏名 ②通知カードに記載された生年月日又は住所

② 介護保険送付先指定等届出書

ア. 届出の概要

この届出は、介護保険に関するそれぞれの書類を被保険者の住民登録地以外に送付するためのものです。

なお、既に指定した送付先を変更する場合や送付先の指定を終了する場合も、この届出が必要となります。

イ. 届け出る人

- ・介護保険課からの書類を被保険者の住民登録地以外に送付することを希望する人
- ・指定した送付先を変更・終了することを希望する人

ウ. 届出に必要なもの

- ・介護保険送付先指定等届出書
- ・手続きに来た人の本人確認書類

※事業所が届出人になる場合は、委任欄に日付と本人の署名が必要です。委任欄への署名が難しい場合は、代理人による送付先申請代理申述書の記入をお願いします。

エ. 注意事項

- ・届出は、介護保険課と各市民センターの福祉窓口で受付しています。
- ・手続きに来た人の本人確認書類（運転免許証、パスポート等、事業所の場合は介護支援専門員証と社員証）が必要となります。手続きに来た人が事業所の場合は、事業所名、所在地、電話番号、来庁者の氏名及び被保険者との関係を記載してください。（事業所の場合は介護支援専門員のみ、届出することができます。）
- ・送付先指定等届出書の提出に関しては、トラブルの原因になることもありますので、本人及び家族に必ず確認してください。
- ・書類の宛先を被保険者本人以外にする場合は、送付先の「氏名、フリガナ」欄と「続柄」欄を必ず記載してください。
- ・被保険者の氏（名字）と送付先の氏が違う場合は、書類が届かないことがありますので、必ず方書を記載してください。



藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ①介護保険送付先指定等届出書
- ②届出人の本人確認書類と添付書類

届出人	必要書類
被保険者 (AまたはBのいずれか)	※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。 A 有効期限内・顔写真付き官公署発行の本人確認書類 1点 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳等1点 B 有効期限内・顔写真無し官公署発行の本人確認書類 2点 健康保険証、後期高齢者医療証、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点
後見人等 親族等上記以外	届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等 届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄または送付先申請代理申述書(委任欄の記入ができない場合)

2. 送付先変更の注意事項

- ①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
- ②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ届く場合があります。
- ③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例) ○○ ○○様 (被保険者の氏名 様分)
- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。
- ⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。
- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

介護保険送付先指定等届出書

3. 記入例

藤沢市 藤沢市 〇〇年 〇月 〇日
次のとおり届け出ます。

- ①送付先の変更を希望する被保険者の氏名、生年月日、被保険者番号、電話番号、住所を記載してください。

被保険者	氏名	藤沢 太郎	生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇月 〇日
	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
	住所	藤沢市〇〇町1234番地の5		

- ②届け出をされる区分に レ チェックをしてください。

届出の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了
-------	--

- ③送付先の指定等を希望する書類の番号に レ チェックをしてください。

送付先の指定等を希望する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1・介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類) <input type="checkbox"/> 2・資格関係書類 (医療制度、住所異動、専任届出、再交付等に伴う被保険者証) <input type="checkbox"/> 3・保険料関係書類 (納付書、送付通知等) <input type="checkbox"/> 4・認定関係書類 (認定申請通知と被保険者証等、負担割合通知と証、負担割合証) <input type="checkbox"/> 5・給付関係書類 (給付受給届等決定通知書等)
----------------	---

- ④送付先の指定等を希望する理由に レ チェックをしてください。

送付先の指定等を希望する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 書類の管理が難しいため <input type="checkbox"/> 一時的な施設入所、入院等で不在のため (退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。) <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象のため <input type="checkbox"/> その他 ()
----------------	--

- ⑤送付先として指定される氏名(宛名)住所、電話番号、続柄を記載してください。氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は被保険者の氏名となります。被保険者の氏と送付先となる方の氏が違う場合には必ず方書(〇〇方)を記載してください。

送付先	氏名(宛名)	鎌倉 小町		
	住所	鎌倉市〇〇町〇〇番地の〇		
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	続柄	長女

- ⑥届出人が送付先と同じ場合や被保険者と同じ場合は、 に レ チェックをしてください。それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号、住所を記載してください。

届出人	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ			
	氏名	続柄	電話番号	
住所				

- ⑦届出人が被保険者以外の場合、委任欄に署名してください。自署が難しい場合は、送付先指定代理申述書を提出してください。

※届出人が被保険者以外の場合には委任欄に被保険者の署名をしてください。

委任欄	私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。 年 月 日 被保険者(委任者)氏名 _____ (自署)
-----	--

4. 書類の提出先・お問い合わせ先

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
 藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当 (本庁舎2階)
 Tel. 0466(25)1111(内線3137)

(3) 給付関係

①居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

ア. 届出の概要

この届出は、基本チェックリストを受けて事業対象者に該当した方または要介護・要支援認定を受けた方が、現物給付(費用の1割・2割または3割相当額を負担し居宅サービス等を受けること)により居宅サービス等を利用するため、実際に居宅サービス等を利用する前に、利用者が契約した居宅介護支援事業者等を市へ届け出するためのものです。なお、このケアプランの作成に係る費用については、全額保険給付されますので、被保険者本人の自己負担はありません。

イ. 届出が必要なとき

(1) 事業対象者

- ・基本チェックリストを実施し、事業対象に該当したとき
- ・担当する包括支援センターが変更となったとき(転居等)

(2) 要支援認定者

- ・「総合事業・介護予防サービス」を受けようとするとき
- ・「介護予防小規模多機能型居宅介護」を受けようとするとき
- ・状態像の変化等により介護区分に変更が生じた場合
(例:要支援→要介護、要介護→要支援)

※事業対象者が要支援認定となった場合、同一の地域包括支援センターが予防給付の給付管理をする場合、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」の再提出は不要です。

(3) 要介護認定者

- ・「居宅サービス」等を受けようとするとき
- ・「小規模多機能型居宅介護」又は「看護小規模多機能型居宅介護」を受けようとするとき
- ・状態像の変化等により介護区分に変更が生じた場合
(例:事業対象→要介護、要支援→要介護)
- ・担当する事業所が変更となったとき(例:転居、本人希望等)

ウ. 届出に必要なもの

- ・居宅サービス等計画作成依頼(変更)届出書(第29号様式)【要介護認定者】
- ・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書(第29号様式の2)【事業対象者・要支援認定者】
- ・介護保険被保険者証(認定申請等で既に市へ提出している場合は不要)

エ. 提出期限

- ・原則、サービス利用開始日の属する月の末日までに提出してください。

※要介護認定申請中のため、要介護状態区分が確定していない場合は、居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所等が連携して暫定ケアプランを作成していた場合に限り、認定結果を確認後、速やかに「居宅サービス計画作成依頼届出書等」を提出していただくことで、届出書のサービス利用開始年月日（変更の場合は変更日）を当該暫定ケアプランに係るサービス利用開始日まで遡ることが可能です。

オ. 住所地特例適用対象者に係る届出について

【要介護認定者】

- ・保険者市町村に提出してください。
- ・藤沢市の住所地特例施設に入所している、他市町村の被保険者については、保険者市町村に届出書を提出してください。

【要支援認定者】

- ・住所地特例適用対象者に対する介護予防支援は、住所地特例対象施設の所在する市町村の指定する指定介護予防支援事業者が提供することとなっています。
- ・施設所在市町村の様式で、施設所在市町村の担当窓口へ提出してください。

※届出書の様式は、提出先となる施設所在市町村のものに従ってください。届出書の名称や様式は各市町村によって異なりますので、届け出が必要な際は、施設所在市町村又は新たに担当となる地域包括支援センター等にご相談ください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



記入例

この届出書を提出する際には、必ず最新の被保険者証を添付してください。
 ※認定申請中の場合、居宅届出後の新たな事業者名を記載した資格者証の発行は原則、行いませんので添付不要です。

被保険者証の『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』欄を確認し、該当する区分に☑をしてください。
 ※すでに事業所名が印字されている場合は「変更」となります。

第29号様式（第31条関係）

居宅サービス計画作成依頼

届出書

他市町村の住所地特例適用対象者である場合は、保険者市町村の名称を記入してください。

届出の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	保険者
被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	<input checked="" type="checkbox"/> 藤沢市 <input type="checkbox"/> その他（ ）
被保険者氏名	フリガナ フジサワ カイゴ 藤沢 介護	生年月日 明治・大正 昭和 10 年 10 月 10 日
事業所名	事業所所在地 〒 251-00●● 藤沢市朝日町●●—●● 電話番号 0466-50-●●●●	
介護保険事業所番号	1 4 ● ● ● ● ● ● ● ●	
サービス利用開始年月日 ※変更の場合は変更年月日	2024 年 3 月 1 日	
事業所を変更する理由(届出の区分が「変更」の場合のみ記入) 例1) 要介護認定となったため 例2) 本人の希望による事業所変更のため		
「小規模多機能型居宅介護」又は「看護小規模多機能型居宅介護」の利用開始月における居宅介護サービス等の利用の有無	※小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、定期対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス等の利用あり (利用したサービス： <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス等の利用なし		
藤沢市長 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス計画作成を依頼することを届け出		
2024年 3月 1日 住所 藤沢市朝日町●●—●● (被保険者) 氏名 藤沢 介護 電話番号 0466-50-●●●●		

「サービス利用開始年月日（変更の場合は変更年月日）」を記入してください。
 ※届出の区分が新規・変更いずれの場合も記入してください。
 ※原則、届出月の1日までしか遡りできません。
 ※ただし、認定結果が確定し、認定有効期間が前月以前に遡って有効となった場合において、居宅介護支援事業者と連携していた場合に限り、前月以前に遡ることができます。

届出の区分が「変更」の場合には理由を記入してください。

「小規模多機能型居宅介護」又は「看護小規模多機能型居宅介護」を利用する場合は、利用を開始月における居宅介護サービス等の利用状況を記入してください。

記入日、被保険者の住所、氏名、電話番号が記入されていることを確認してください。

- <注意事項>
- この届出書は、居宅サービス計画作成を依頼する事業者と契約後、速やかに藤沢市に提出してください。
 - 居宅サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更理由及び変更年月日を記入の上、の属する月中に藤沢市に提出してください。
 - 届け出のない場合、サービスに係る費用をいったん全額自己負担していただくことがあります。

【事務処理欄】

資格	有・無 (喪失日: 年 月 日)	添付	保険証・資格者証	無	認定同時
認定	申請中 (新規・変更・更新)	証発行	保険証・資格者証 (/)	登録のみ	
	介護・支援 認定申請日 年 月 日	受付	入力	証発行	確認 審査
認定開始日	年 月 日				
届出日入力	年 月 日				
変更日入力	年 月 日				

②介護保険高額介護サービス費等支給申請書

ア. 申請の概要

この申請は、介護保険サービス及び総合事業（介護予防・生活支援サービス）に係る利用者負担額（1割、2割又は3割）の合計額が、所得により定められた1か月の上限額を超えた場合に、「高額介護（予防）サービス費又は高額介護予防サービス費等相当事業費」として、その超えた額の支給を受けるためのものです。

高額介護（予防）サービス費又は高額介護予防サービス費等相当事業費は、月の初日を基準日として、その属する世帯の所得状況を判断して支給することになり、申請に基づいて支給が決定されます。

なお、保険給付は月単位の限度額管理に基づき行う関係上、この申請は、上限額を超えた月ごとに毎月申請することとなりますが、原則として、一度申請を行うと、申請した翌月以降に発生した高額介護サービス等に係る申請書の送付は省略され、指定口座に順次振り込まれます。

ただし、施設サービス等に係る食費・居住費（滞在費）、特定福祉用具購入や住宅改修の費用、区分支給限度基準額を超えたサービス費用などは対象となりません。

【利用者負担の上限額（月額）】

利用者負担段階区分	負担の上限額 （月額）
課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）以上	140,100 円（世帯）
課税所得 380 万円（年収約 770 万円） 課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）未満	93,000 円（世帯）
市町村民税課税～課税所得 380 万円（年収約 770 万円）未満	44,400 円（世帯）
世帯の全員が市町村民税非課税	24,600 円（世帯）
前年の公的年金等収入金額・その他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の方等	24,600 円（世帯） 15,000 円（個人）
生活保護を受給している方等	15,000 円（個人）

イ. 申請をすることができる人

藤沢市から「介護保険高額介護サービス費等給付のお知らせ」を送付された人

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険高額介護サービス費等支給申請書
- ・領収証（特定給付対象サービス等を受けた人のみ）

※特定給付対象サービス…介護保険法施行規則第 8 3 条の 2 に規定する給付（予防接種法、結核予防法等の法律により行われる医療）や介護保険法施行規則第 8 3 条の 2 第 7 号の規定に基づき厚生労働大臣が定める給付（平成 1 2 年 3 月厚生省告示第 1 9 3 号）（特定疾患受給者に対して行われる医療）

エ. 注意事項

- ・該当する被保険者等には、原則としてサービス利用月の翌々月に、市から「高額介護サービス費等給付のお知らせ」と「高額介護サービス費等支給申請書」を送付します。
(※申請者が記載する箇所は、「個人番号」、「申請者欄(被保険者)」、「相続人による受領申立欄(被保険者がお亡くなりの場合のみ)」及び「口座振込依頼欄」です。その他の箇所は、あらかじめ印字されています。)
- ・平成28年1月から「マイナンバー」の記入及び提出時の身分確認等が必要となっています。詳細は申請書に同封しているお知らせに記載してありますのでご確認ください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、申請書の「相続人による受領申立欄」に記入の上、戸籍謄本等の相続人であることが確認できる書類を添付してください。また、「申請者欄」は相続人代表者の氏名等を、「口座振込依頼欄」は当該相続人代表者名義の口座を記入してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給(不支給)決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、指定の口座に振り込まれます。
- ・高額介護サービス費等の支給を受ける権利は、サービス利用月の翌月1日を起算日として、2年を経過すると時効となります。

(参考) 高額介護サービス費等指定口座変更届

すでに高額介護サービス費の支給を受けている方が、振込先口座の変更を希望する場合に提出する書類です。申請者は、被保険者本人又は成年後見人等です。

(参考) 受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届

被保険者本人がお亡くなりになられた場合には、相続人代表者の方が「受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」を提出してください。届出の際には、戸籍謄本等の相続人であることが確認できる書類が必要です。なお、同一世帯の配偶者又は子などは、添付を省略できることがあります。(詳細は、12-55 ページ参照)

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



書き方見本

介護保険 高額介護サービス費等支給申請書

令和 ○年○月

介護

フリガナ	フジサワ カイゴ	保険者番号	1	4	2	0	5	9										
被保険者氏名	藤沢 介護	被保険者番号	0	0	0	0	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
生年月日	昭和 ○年 ○月○○日	個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
住所	〒251-8601 朝日町1番地の1																	
該当月分の支払額合計	20,000 円 (支払予定金額)																	

◆個人番号（マイナンバー）が不明の場合は、空欄のまま、ご提出ください。

藤沢市長
上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。
また、すでに支給済み的高額介護サービス費等については、
場合には、翌月以降に支給される高額介護サービス費等の

◆被保険者本人の氏名・電話番号を記入してください。
◆成年後見人等の場合には、後見人等の氏名等を記入し、登記事項証明書の写し等を添付してください。
◆被保険者がお亡くなりになっている場合には、相続人代表者の氏名等を記入してください。

1. 申請者（被保険者）
※被保険者本人の氏名を記入してください。
※相続人が申請する場合は相続人代表者の氏名等を記入し、下の「相続人代表者」欄も記入してください。

氏名	藤沢 介護
電話番号	0466-25-1111

2. 相続人による受領申立（被保険者がお亡くなりになった場合）
被保険者（被相続人）の相続人代表者として、その他の相続人は、私が受領することとなりましたので、届出します。また、
者である私が責任をもって解決します。

【注意】
この欄は、被保険者がお亡くなりになった場合のみ、記入してください。

【添付書類】相続人であることが確認できる書類
(被保険者の死亡時に同一世帯であった方)

相続人代表者氏名	
相続人代表者住所	
被保険者との続柄	配偶者・子・その他()

【相続人による受領申立時に必要な書類】
※郵送で提出する場合は、写しを添付してください。
1 相続人であることが確認できる書類（戸籍謄本の写し等）
(被保険者の死亡時に同一世帯であった方は省略できます。)
2 成年後見人等が提出する場合
成年後見人等であることが確認できる書類
(登記事項証明書の写し等)

3. 口座振込依頼欄

フリガナ	藤沢	銀行 信用金庫 組合	藤沢	本店 支店	種目	口座番号
金融機関コード	1 1 1 1		店舗コード	0 0 1	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	0 1 2 3 4 5 6
フリガナ	フジサワ カイゴ					
口座名義人	藤沢 介護					

◆振込先口座を記入してください。
(被保険者本人以外(本人死亡の場合は相続人代表者以外)の口座を記入した場合、受領に関する権限が委任されたものとして取り扱います。)
◆同一の被保険者の申請書を複数枚提出する場合、口座欄は1枚のみに記入してください。
◆申請書が複数枚ある場合、申請者欄はすべての申請書に記入してください。(申請書はすべて提出が必要です。)
◆ゆうちょ銀行を振込先口座とする場合、振込用の店名、預金種別、口座番号が必要です。
通帳でご確認いただくか、「記号番号」からゆうちょ銀行のホームページで検索することができます。

③介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

ア. 申請の概要

この申請は、居宅要介護被保険者等の日常生活の自立を助けるため使用する厚生労働大臣が定めた特定福祉用具（腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽及び移動用リフトのつり具の部分、排泄予測支援機器、スロープ、歩行器、歩行補助つえの9種類の用具）を用具販売の指定を受けた事業者で購入した場合に、1年間（4月1日から翌年の3月31日までの間）につき10万円を限度として、その購入に要した費用の9割、8割または7割相当額の支給を受けるためのものです。

イ. 申請をすることができる人

居宅要介護被保険者等のうち、認定有効期間中に特定福祉用具の購入をした人

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（第27号様式）
- ・領収証（被保険者本人名で、福祉用具購入費を証するものに限る。写し可。）
- ・福祉用具のパフレット等（写し可）

※すのことオーダー品は、本人宛の見積書と完成前後の写真も必要です。

※排泄予測支援機器の場合は、次の2つの書類が必要です。

①医師の所見が確認できる書類（次の書類のうちいずれか1点）

- ・介護認定審査における主治医の意見書
- ・サービス担当者会議等における医師の所見
- ・介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見
- ・個別に取得した医師の診断書等

②排泄予測支援機器 確認調書（次ページ参照）

当該機器の試用状況について確認する書類です。購入先の指定販売事業者による記入が必要です。

エ. 注意事項

- ・都道府県から指定を受けていない販売店で購入した場合や購入日が要介護認定等の認定有効期間中でない場合は、福祉用具購入費の支給を受けることはできません。
- ・すのこ等特別注文の用具の場合は、算定根拠のわかる見積書と完成状態の確認ができる写真が必要です。添付書類等の詳しいことについては、介護保険課に確認してください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、「受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」を提出した上で、申告書に記載された相続人の氏名等を申請者欄に記載してください。口座振込依頼欄には、申告書に記載された相続人の方の口座情報を記載してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給（不支給）決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、指定の口座に振り込まれます。
- ・過去に購入した福祉用具で福祉用具購入費を支給されているものと同一種目の場合は対象外となりますが、すでに購入した福祉用具の破損や、被保険者の介護の必要の程度が著しく高くなった等の特別の事情がある場合であって、市町村が必要と認めるときは、同一種目であっても福祉用具購入費が支給される場合があります。その場合は、再購入に至った理由（破損、被保険者の心身状況の変化等）がわかるよう、「福祉用具が必要な理由」欄に詳しい内容を記載してください。

排泄予測支援機器 確認調書									
藤 沢 市 長							年 月 日		
							事業所名		
							所在地		
							確認者名		
介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、次の内容について、確認しました。									
【利用者情報】									
氏名			被保険者番号						
生年月日			年齢						
同居家族			トイレへの主な介助者						
介護度									
介護認定調査 項目 2 - 5 排尿 (該当するものに○をする)									
1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助									
【試用した排泄予測支援機器】									
メーカー名			機種名						
【確認項目】									
試用の有無 <small>※無の場合はその理由</small>		有 ・ 無 (無の場合、以下に試用しなかった理由を記載) ()							
試用期間		月 日 ~		月 日		1日あたり 装着時間		時間	
装着し、通知されたか		可 ・ 否		通知後、トイレまでの誘導時間				分	
試用結果 (※) (通知後にトイレで排泄できた回数/実際の通知回数)									
月 日		回/回		月 日		回/回		回	
月 日		回/回		月 日		回/回		回	
月 日		回/回		月 日		回/回		回	
月 日		回/回		月 日		回/回		回	
(※) 試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。									

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書


藤沢市長		年		被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。		
申請者 (被保険者)		住所 藤沢市朝日町1-1				
氏名 藤沢 介護		氏名 藤沢 介護				
電話番号 〇〇-〇〇〇〇		電話番号 〇〇-〇〇〇〇				
次のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。						
被保険者	氏名	藤沢 介護		被保険者番号	1 2 3 4	
	生年月日	明・大・昭	〇〇	年	〇月	〇日
	住所	〒251-8601 藤沢市朝日町1-1		負担割合	1割・2割	
福祉用具種目・商品名・TAISコード			製造事業者名 販売事業者名	購入金額	購入日	
<input type="checkbox"/> 簡単便座 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 (商品名) 浴槽手すり TAISコード 1 2 3 4 5 - 1 2 3 4 5 6			〇〇〇〇 △△△△	1	〇〇月 〇〇日	
<input type="checkbox"/> 簡単便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 (商品名) TAISコード						
購入した福祉用具に対して、必要な理由を記入してください。 ※複数種目購入した場合は、それぞれの種目について、必要な理由を記入してください。 ※書き切れない場合は、別に理由を記載した書類を提出してください。			購入した福祉用具の合計金額を記入してください。			
福祉用具が必要な理由			加齢に伴う下肢筋力低下により、跨ぎ動作が不安定な手すりを使用することで安全な動作を行う。			
<口座振込依頼欄> 私に支給される居宅介護（介護予防）福祉用具購入費は、次の口座に振り込んでください。			添付書類として、 ・領収書（被保険者本人宛の原本（写し可）） ・購入した福祉用具の商品名、価格、製造事業者名が記載されているパンフレット等（写し可）が必要です。 ※すのこ等のオーダーメイド品を購入した場合は、見積書及び完成前後の写真を添付してください。 ※排泄予測支援機器を購入した場合は、医学的な所見を確認できる書類と排泄予測支援機器確認調書の添付も必要です。			
金融機関名		金融機関コード		支店名		
えのしま		△ △ △ △		江の島		
口座種別	口座番号		フリガナ		フリガナ	
1.普通 2.当座	1	2	3	4	5 6 7	
購入金額合計			10,000円			

【マイナンバー（個人番号）記入時の注意点】

マイナンバー（個人番号）を記入の上、申請書を提出する場合は、次のとおり、被保険者本人のマイナンバー（個人番号）確認書類及び申請者（又は代理人）の本人確認書類の提示（郵送の場合は写しを添付してください。）が必要です。

- 被保険者本人が窓口で提出する場合・郵送で提出する場合
 - ・マイナンバー（個人番号）が確認できる書類（マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票）
 - ・本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）
- 被保険者本人以外（代理人）が窓口で提出する場合
 - ・被保険者のマイナンバー（個人番号）が確認できる書類（マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票）
 - ・代理人の本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）

藤沢市ホームページ
 該当ページ二次元コード
 はこちら



④-1 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

ア. 申請の概要

この申請は、居宅要介護被保険者等が居住する住宅の改修をケアマネジャー等が必要と認めたことを前提として、厚生労働大臣が定めた住宅改修（手すりの取付け、段差の解消、床または通路面の材料の変更、扉の取替え、洋式便器等への取替えの5種類とこれらの改修に伴う付帯工事）をした場合に、1家屋につき20万円を限度としてその改修に要した費用の9割、8割、7割相当額の支給を受けるためのものです。

住宅改修費は、1家屋につき20万円の限度額が設定されていますが、被保険者の要介護度が3段階以上上がった場合（要支援1または経過的要介護→要介護3～5、要支援2または要介護1→要介護4・5、要介護2→要介護5）と転居した場合には、新たに20万円を限度額として住宅改修を行うことができます。（3段階のリセットは1回のみ）

また、住宅改修費の支給方法は、いったん利用者が全額自己負担し、その後、費用の9割、8割、7割相当額が支給される「償還払い」と、利用者が1割、2割、3割相当額を市に登録した施工業者へ支払い、その後、市が上限額内で費用の9割、8割、7割相当額を市に登録した施工業者へ支払う「受領委任払い」があります。

受領委任払いによる住宅改修費支給申請の際は、「ウ. 申請に必要なもの」に加えて、「住宅改修に係る受領委任通知書」（関連帳票集参照）が必要です。

なお、認定申請中や入院中の方等は、受領委任払いを利用することはできません。また、受領委任払いで申請した後入院・入所したり、区分変更の申請を行ったりした場合には償還払いに変更になります。

イ. 申請をすることができる人

居宅要介護被保険者等のうち、認定有効期間中に住宅改修をこれから行おうとする人

* 改修前に支給申請を行う必要があります。

ウ. 申請に必要なもの

- ・ 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（第28号様式）
- ・ 見積書（改修に要する材料費と工賃等改修の内訳の分かるもの、被保険者の氏名が書かれているもの）
- ・ 住宅改修を必要とする理由書（ケアマネジャー等専門知識を有する者が作成したもの）
- ・ 完成前の状態の確認ができる書類（改修場所ごとの改修前の日付入り写真等）
- ・ 平面図
- ・ 藤沢市介護保険住宅改修点検同意書
- ・ 建物所有者の住宅改修についての承諾書（改修をする建物の所有者が本人以外の場合または共有の建物である場合のみ）
- ・ 必要書類のチェックリスト（支給申請）

* 受領委任払いによる支給申請の際は、併せて「住宅改修に係る受領委任通知書」も必要です。

エ. 注意事項

- ・ 住宅改修の着工予定日が要介護認定等の有効期間中であることが必要です。
- ・ 事前申請の内容を審査し、住宅改修を行う必要があると判断される場合は、対象工事の範囲等を記載した「介護保険住宅改修確認結果通知書」（第28号様式の3）が送付されます。この通知書が送付される前に着工すると住宅改修費の支給は受けられません。
- ・ 申請内容及び確認結果通知書の内容と異なる工事を行った場合は、原則として住宅改修費の支給を受け取ることができなくなります。
- ・ 事前申請において確認が必要と判断した場合、リハビリテーション専門職等による書類又は訪問による点検を行います。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



④-2 住宅改修完了届

ア. 届出の概要

この届出は、居宅要介護被保険者等で「介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書」をすでに提出した者が、住宅改修が完了した際に、その旨を届け出るものです。

イ. 届出をすることができる人

居宅要介護被保険者等のうち、認定有効期間中に住宅改修をした人

ウ. 届出に必要なもの

改修後は次の書類が必要になります。

- ・住宅改修完了届（第28号様式の4）
- ・領収証（被保険者本人名。写し可）
- ・内訳書（改修に要した材料と工賃等改修の内訳の分かるもの）
- ・完成後の状態の確認ができる書類（改修場所ごとの改修後の日付入り写真等）
- ・必要書類のチェックリスト（完了届）
- ・介護保険住宅改修確認結果通知書（※確認番号を確認するため）

* 受領委任払いによる支給申請の際は、併せて「住宅改修に係る請求額証明書」も必要です。

エ. 注意事項

- ・住宅改修の着工日及び完成日が要介護認定等の認定有効期間中でない場合は、住宅改修費の支給を受けることはできません。また、「介護保険住宅改修確認結果通知書」に記載されている「確認番号」（次ページ参照）を必ず記入してください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、「支給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」を提出した上で、申告書に記入した申告者（相続人代表者）の氏名等を「住宅改修完了届」の申請者欄に記入してください。口座振込依頼欄には、記入した申告者（相続人代表者）の方の口座情報を記入してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給（不支給）決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、その口座に振り込まれます。

令和 ○年 ○月 ○日

251-8601
藤沢市朝日町 1 - 1

藤沢 太郎 様

藤沢市長
鈴木 恒 夫

介護保険 住宅改修 確認結果通知書

先に提出のありました住宅改修費支給申請につきましては、次のとおり確認しましたので通知します。

被保険者氏名	藤沢 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
--------	-------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

受付年月日	令和 ○年 ○月 ×日
対象工事	・手すりの取付け

確認年月日	令和 ○年 ○月 △日
確認番号	2021002723

(注意事項)

- ・住宅改修完了届を提出する際には、この「介護保険 住宅改修 確認結果通知書」をお持ちください。
- ・介護保険認定申請の結果、「非該当（自立）」と判定された場合には、住宅改修費の支給を受けることはできませんので、ご注意ください。
- ・着工日が要介護・要支援認定の有効期間に含まれない場合は全額自己負担となります。
- ・やむを得ず、改修内容を変更する際は、必ず、着工前に担当の地域包括支援センター（いきいきサポートセンター）の職員又はケアマネジャーから介護保険課へご連絡ください。
- ・確認結果通知書が送付される前に着工した場合は介護保険の支給は受けられません。
- ・領収書の日付から2年を経過した場合は支給を受けることができなくなります。
- ・住宅改修費支給申請を取り下げる場合には、必ず介護保険課までご連絡ください。

問い合わせ先 藤沢市 介護保険課 総務・給付担当（本庁舎2階）
藤沢市朝日町1番地の1

TEL: 0466-25-1111

記入例

第28号様式の4(第30条関係)

住宅改修完了届

2000年00月00日

藤 沢 市 長

住 所

藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1

申請者
(被保険者)

氏 名
電 話 番 号

藤 沢 介 護
0 4 6 6 - 0 0 - 0 0 0 0

◆被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。

次のとおり住宅改修が完了しましたので届け出ます。

◆被保険者の情報を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ フジサワ カイゴ	保 険 者 番 号	1	4	2	0	5				
	藤 沢 介 護	被 保 険 者 番 号	0	1	2	3	4	5	6	7	
	生年月日	明・大(昭) 10年10月10日	負 担 割 合	1割・2割・							
	住 所	〒251-0000 藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1		電 話 番 号 0 4 6 6 - 0 0 - 0 0 0 0							

◆「介護保険住宅改修確認結果通知書」に記載されている「確認番号」を記入してください。

確 認 番 号	2022012345
着 工 日	2000年 0月 0日
完 成 日	2000年 0月 0日
改 修 費 用	210,000円

◆着工日及び完成日を記入してしてください。
※着工日及び完成日時点において、要介護(要支援)認定を受けている必要があります。

委任欄
※本人以外の口座を指定する場合(支給方法が受領委任払いの場合を除く)、記入してください。

私に支給される居宅介護(介護予防)住宅改修費については、次の口座に振り込ましてください。なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したとして取り扱ってください。

被保険者氏名 **藤 沢 介 護** (印)

◆介護保険対象分の金額を記入してください。

口座振込依頼欄 ※支給方法が受領委任払いの場合を除き、法人口座は指定できません。	銀行 藤 沢 (信用金庫)	本店 藤 沢 (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	1	2	3	4	5	6	7
	1 1 1 1	1 1 1	② 当座預金							
			③ その他							
フリガナ	フジサワ キュウフ							被保険者との続柄		
口座名義人	藤 沢 給 付							長 男		

◆被保険者本人以外の口座を指定する場合、被保険者本人の氏名を記入し、押印してください。

◆振込先口座を記入してください。

添付書類

領収証と内訳書 必要書類のチェックリスト(完了届)

完成後の状態が確認できる書類(写真等)

上記の申請について、次のとおり決定しております。

市処理欄のため、記入不要です。

住宅改修を必要とする理由書

被保険者	被保険者氏名					被保険者番号								
	認定申請状況	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中（支援からの介護見込み新規申請含む） <input type="checkbox"/> 更新申請中												
	要介護度(作成日時)	認定なし / 要支援（ 1 ・ 2 ） / 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）												
作成者	現地確認日	年 月 日			作成日	年 月 日								
	所属事業所	Tel			事業所番号									
	氏名				介護支援専門員登録番号									
	ケアプラン作成	有・無	資格 (介護支援専門員でないとき)		社会福祉士・看護師・福祉住環境コーディネーター2級以上 その他（ ）									
介護支援専門員等確認欄（作成者が介護支援専門員、地域包括支援センター職員でない場合のみ） 私は、福祉住環境コーディネーターと連携をとり、申請内容等について確認しました。														
所属事業所					書類等確認日 年 月 日									
Tel					氏名									
身体・疾病状況		住改の履歴		家屋形態		居住形態		福祉用具利用状況						
<input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 骨・関節障がい <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン症 <input type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高齢によるADL低下 <input type="checkbox"/> 治療によるADL低下 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止 <input type="checkbox"/> 床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替 <input type="checkbox"/> 便座取替 同居家族 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 戸建（持家） <input type="checkbox"/> 戸建（借家） <input type="checkbox"/> 集合（持家） <input type="checkbox"/> 集合（民賃） <input type="checkbox"/> 集合（公賃） 障がい住改併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 リハ職の助言 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※本改修への助言 ※有は内容を「総合欄」へ記述		※戸建のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 階建 <input type="checkbox"/> 階で生活 外出・通院等状況 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 ※工事箇所手すりのみチェック (□改修後撤去・□改修後併用) 【貸与】 <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 特殊寝台・ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器・ <input type="checkbox"/> 手すり・ <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> スロープ・ <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 【購入】 <input type="checkbox"/> 腰掛便座・ <input type="checkbox"/> 入浴補助用具・ <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具部分						
サービスの利用状況		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 入院・入所中（退院・退所予定日 年 月 日頃）												
<input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 通所リハ 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 短期入所 週・月 日		<input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 訪問リハ 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 / 時間										

身長/体重		【 】 cm / 【 】 kg ※不明時は「不明」と記入する。				
動作	日常生活動作の状況（現状の評価）	※「実施不可（不要含）」の項目にはチェックを入れない		改修の必要性	福祉用具	
基本動作・移動	<input type="checkbox"/> 起居動作(寝返り～端坐位)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 椅子等での立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 床での立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 移乗・移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 屋内歩行・出入り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 屋外歩行・出入り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 階移動又は段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
排泄	<input type="checkbox"/> トイレの出入り・扉の開閉	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 便器での立ち座り・移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱・後始末	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室の出入り・扉の開閉	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 浴室内の移動・立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 浴室内での姿勢維持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 浴槽の出入り・立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢維持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 洗体・洗髪・洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱・体をタオルで拭く	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
家事	<input type="checkbox"/> 掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
	<input type="checkbox"/> 調理(食事の支度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-

<住宅改修の改修内容及び改修方針>

場所	改修が必要な項目	目的及び期待する効果	①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容
玄関・屋外	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
廊下・階段	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
(居間・食堂)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
寝室	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
台所	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
トイレ	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
浴室・脱衣所	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
その他	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②

<総合欄>

--

<保険者使用欄>

確認日	年 月 日	
-----	-------	--

住宅改修を必要とする理由書

被保険者	被保険者氏名	藤沢 太郎		被保険者番号	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3			
	認定申請状況	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中（支援からの介護見込み新規申請含む） <input type="checkbox"/> 更新申請中						
	要介護度(作成日時)	認定なし / 要支援（1・ 2 ） / 要介護（1・2・3・4・5）						
作成者	現地確認日	2000年10月25日		作成日	2000年11月5日			
	所属事業所	かきくけ工務店 Tel.0466-00-0XX0		事業所番号				
	氏名	神奈川 花子		介護支援専門員登録番号				
	ケアプラン作成	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	資格 (介護支援専門員でないとき)	社会福祉士・看護師 福祉住環境コーディネーター2級以上 その他 ()				
介護支援専門員等確認欄（作成者が介護支援専門員、地域包括支援センター職員でない場合のみ）								
私は、福祉住環境コーディネーターと連携をとり、申請内容等について確認しました。								
所属事業所 江の島地域包括支援センター				書類等確認日 2000年 11月 10日				
Tel. 0466-X0-00XX				氏名 関東 一郎				
身体・疾病状況		住改の履歴	家屋形態	居住形態	福祉用具利用状況			
<input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 骨・関節障がい <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> パーキンソン症 <input type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高齢によるADL低下 <input type="checkbox"/> 治療によるADL低下 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ↓ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止 / <input type="checkbox"/> 床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替 <input type="checkbox"/> 便座取替 同居家族 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建（持家） <input type="checkbox"/> 戸建（借家） <input type="checkbox"/> 集合（持家） <input type="checkbox"/> 集合（民賃） <input type="checkbox"/> 集合（公賃） 障がい住改併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 リハ職の助言 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※本改修への助言 ※有は内容を 「総合欄」へ記述	※戸建のみ記入してください。 【2】 階建 主な生活階 【2】 階で生活 外出・通院等状況 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 ↓※工事箇所手すりのみチェック (□改修後撤去・ <input checked="" type="checkbox"/> 改修後併用) 【貸与】 <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 特殊寝台・ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器・ <input checked="" type="checkbox"/> 手すり・ <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> スロープ・ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助つえ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 【購入】 <input type="checkbox"/> 腰掛便座・ <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具・ <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具部分			
サービスの利用状況		<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 入院・入所中（退院・退所予定日 月 日頃）						
<input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 / 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ 週 2 回 / 2時間 <input type="checkbox"/> 短期入所 週 回 / 時間		<input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> その他 ()						

身長/体重		【172】cm / 【84】kg ※不明時は「不明」と記入する。				
動作	日常生活動作の状況（現状の評価）	※「実施不可（不要含）」の項目にはチェックを入れない			改修の必要性	福祉用具
基本動作・移動	<input checked="" type="checkbox"/> 起居動作(寝返り～端坐位)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 椅子等での立ち座り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 床での立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 移乗・移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 屋内歩行・出入り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 屋外歩行・出入り	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 階段移動又は段差昇降	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り・扉の開閉	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 便器での立ち座り・移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・後始末	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室の出入り・扉の開閉	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室内の移動・立ち座り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室内での姿勢維持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽の出入り・立ち座り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢維持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
家事	<input checked="" type="checkbox"/> 洗体・洗髪・洗顔	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
	<input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・体をタオルで拭く	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
	<input type="checkbox"/> 掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
	<input type="checkbox"/> 調理(食事の支度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-

<住宅改修の改修内容及び改修方針>

場所	改修が必要な項目	目的及び期待する効果	①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容
玄関・屋外	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
廊下・階段	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
(居間・食堂)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
寝室	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
台所	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	①居室がある2階のトイレ入口が階段上(踊り場)にあり、病状進行によりふらつきも出てきたため転落の危険性を感じている。 ②転倒及び転落予防のために、2階トイレ入口横に縦手すりを設置する。
浴室・脱衣所	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	①パーキンソン病によるふらつきのため、支持物なしでは開き戸の操作困難、浴室内移動困難及び転倒の危険あり。 ②浴室扉を開き戸から折れ戸へ変更。浴室内側にL字手すりを設置し、脱衣所側はレンタル手すりを継続利用することで浴室内外の出入り動作を自立させる。
その他	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②

<総合欄>

妻は仕事があり、日中独居となる。できることは自分で行いたい。ベッド横、トイレ用、脱衣所側の手すりはレンタル中。他、家具等の手すりや柵を使用して屋内移動は自立。浴室は1階で、ユニットバス。浴槽出入り部(洗体場の立ち上がりにも併用可)と浴槽部には既存の手すりあり。階段の手すりも既存であり。上記の改修内容で、屋内移動面の自立環境の確保が可能。

<保険者使用欄>

確認日	年 月 日
-----	-------

場所	改修が必要な項目	目的及び期待する効果	①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容
玄関・屋外	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	①上り框の段差が25cmあるが, 右下肢麻痺のためコントロール不良で, 既存の手すり使用のみでは足が上がりづらい。 ②上がり框に13cmの式台を設置し, 手すりと併用して外出が自立可能な環境にする。既成の式台で玄関サイズに合うものがないため, 改修として作成する(図面参照)。
廊下・階段	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
(居間・室・食堂)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
寝室	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
台所	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
トイレ	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
浴室・脱衣所	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	①浴槽に入る際は浴槽縁に座り直し, 右手で入浴グリップを掴んでいるが, 浴槽奥に左手で支えるものがないため浴槽内に体が倒れこむ危険がある。また出る際は麻痺側から出るため, 動作がより不安定になりやすい。 ②現在は見守りで実施している浴槽への出入りの自立と, 浴槽内の姿勢保持をより安全にするために, 縦手すり1本と浴槽奥側に横手すり1本を設置する(浴用グリップは改修後撤去予定)。
その他	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②

<総合欄>

玄関上がり框には1年前に手すりを設置しているため, 式台と併用して使用する。特殊寝台は自費レンタル中。通所リハビリテーションの理学療法士から, 「浴槽手すりは洗い場床から60cmの位置に設置が必要」と助言を受けている。屋外歩行は500m程度、段差越えも10cmまではスモールベースの4点杖を使用して自立。

<保険者使用欄>

確認日	年 月 日
-----	-------

住宅改修を必要とする理由書

被保険者	被保険者氏名	湘南 のかぜ		被保険者番号	0 0 0 0 A B C 1 2 3
	認定申請状況	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中（支援からの介護見込み新規申請含む） <input type="checkbox"/> 更新申請中			
	要介護度(作成日時)	要支援 2			
作成者	現地確認日	20〇〇年 10月 10日	作成日	20〇〇年 10月 31日	
	所属事業所	富士山包括支援センター Tel 0466-X0-XX00	事業所番号	14XXXX12345	
	氏名	川名 松子	介護支援専門員登録番号	A-0001	
	ケアプラン作成	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	資格 (介護支援専門員でないとき)	社会福祉士	
介護支援専門員等確認欄（作成者が介護支援専門員、地域包括支援センター職員でない場合のみ）					
私は、福祉住環境コーディネーターと連携をとり、申請内容等について確認しました。					
所属事業所			書類等確認日 年 月 日		
Tel			氏名		
身体・疾病状況	住改の履歴	家屋形態	居住形態	福祉用具利用状況	
<input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 骨・関節障がい <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input checked="" type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン症 <input checked="" type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高齢によるADL低下 <input type="checkbox"/> 治療によるADL低下 <input type="checkbox"/> その他 特記：手指変形は中等度だが症状固定し、痛みは自前内。現在は膝、足関節変形及び痛みが中等度あり。	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ↓ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止 /床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替 <input type="checkbox"/> 便座取替 同居家族 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (夫・長男夫 婦と同居)	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建（持家） <input type="checkbox"/> 戸建（借家） <input type="checkbox"/> 集合（持家） <input type="checkbox"/> 集合（民賃） <input type="checkbox"/> 集合（公賃） 障がい住改併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 リハ職の助言 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※本改修への助言 ※有は内容を「総合欄」へ記述	※戸建のみ記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 【2】階建 主な生活階 <input checked="" type="checkbox"/> 【1】階で生活 外出・通院等状況 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 ↓※工事箇所手すりのみチェック (□改修後撤去・ <input checked="" type="checkbox"/> 改修後併用) 【貸与】 <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 特殊寝台・ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器・ <input checked="" type="checkbox"/> 手すり・ <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> スロープ・ <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ・ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 【購入】 <input type="checkbox"/> 腰掛便座・ <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具・ <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具部分	
サービスの利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 入院・入所中（退院・退所予定日 年 月 日頃）				
<input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 / 時間 ・ <input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 / 時間 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハ 月 2 回 / 40分 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ 週 1 回 / 2時間(予定) ・ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回 / 時間 ・ <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 短期入所 週・月 日 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()					

身長/体重		【160】cm / 【50】kg ※不明時は「不明」と記入する。				
動作	日常生活動作の状況（現状の評価）	※「実施不可（不要含）」の項目にはチェックを入れない			改修の必要性	福祉用具
基本動作・移動	<input checked="" type="checkbox"/> 起居動作(寝返り～端坐位)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 椅子等での立ち座り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 床での立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 移乗・移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 屋内歩行・出入り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 屋外歩行・出入り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 階段移動又は段差昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り・扉の開閉	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 便器での立ち座り・移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・後始末	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室の出入り・扉の開閉	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室内の移動・立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室内での姿勢維持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽の出入り・立ち座り	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢維持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 洗体・洗髪・洗顔	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
家事	<input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・体をタオルで拭く	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
	<input type="checkbox"/> 掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-
	<input type="checkbox"/> 調理(食事の支度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	-

<住宅改修の改修内容及び改修方針>

場所	改修が必要な項目	目的及び期待する効果	①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容
玄関・屋外	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
廊下・階段	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	①2階に浴室があり、現在は家族の軽介助で階段を昇降している(介助者の肩を杖代わりにしている)。また内部疾患に関しては内服で運動に関しても問題なし。 ②手の変形があっても使用可能な形状の手すりを選定し、両膝及び両足関節の痛みや関節変形予防の目的で両側に2本設置する(図面参照)。
(居間・食堂)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
寝室	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
台所	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②
トイレ	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ② ※トイレの立ち座り用の手すりレンタル中。
浴室・脱衣所	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input checked="" type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input checked="" type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	①以前に浴室で転倒既往あり。現状のタイル床や浴室や浴槽への出入り部に手すりがなく、移動が不安定になりやすい。現在、シャワーチェアのみ使用。 ②浴室をユニットバスへ変更する。転倒予防目的に介護保険適用箇所として、床材をタイルから滑りにくい素材に変更することと、浴室及び浴槽出入り部、浴槽横の3か所に使用可能な形状の手すりを新設(図面参照)。
その他	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他()	① ②

<総合欄>

居室や食卓は椅子とテーブルを使用して起立、移乗は自立。また市販のサイドレール付きベッドを使用して起居動作も自立。改修案作成にあたり訪問リハで評価した内容を盛り込んでおり、改修後も生活動作の練習と安定化を図るとともに、体力向上目的に半日のデイサービスを併用予定。また安全なADL動作獲得後には訪問リハを終了し、半日のデイサービスを週2回にして、その後も改修後の家屋を使用できる体力維持を目標とする。

<保険者使用欄>

確認日	年 月 日
-----	-------

(参考) 住宅改修の承諾書

住宅改修費の支給対象となる住宅改修を行う場合に、その住宅が被保険者本人の所有するものではないときには、当該住宅の所有者から住宅改修をすることについての承諾を得る必要があります。

この承諾の事実を確認するために作成したものが「住宅改修の承諾書」です。

なお、住宅改修をする建物が共有名義の物件である場合には、被保険者本人を除くすべての共有者がこの承諾書を作成する必要があります。

【書き方見本】

承諾日は、西暦又は元号のどちらでも構いません。
なお、承諾は住宅改修の実施前にあらかじめ行われるべきものであるため、承諾日が住宅改修の実施日以前の日であることを確認してください。

〇〇〇〇年 〇月 〇〇日

住 宅 改 修 の 承 諾 書

住宅改修費の申請者（被保険者）であることを確認してください。

(住宅所有者)

住 所 藤沢市〇〇町1番地

氏 名 藤 沢 一 郎

申請書の記載した住宅改修を行う建物の所有者の住所及び氏名が記載されていることを確認してください。

私は、私が所有する下記表示の住宅に、(被保険者) 藤 沢 太 郎 が、別紙「介護保険住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。

住宅改修を行う住宅（所在地）

藤 沢 市 〇〇町1番地

※ 建物が2人以上の者の共有物件である場合には、共有者全員の住宅改修についての承諾が必要になります。この場合は、共有者1人ごとに「住宅改修の承諾書」を作成してもらうこととなりますので、注意してください。

⑤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）

ア. 申請の概要

この申請は、被保険者証を提示せずに介護サービス等を利用したこと、居宅サービス等計画作成依頼の届出を市にしていないこと等により、提供を受けた介護サービス等の費用の全額をサービス提供事業者を支払った場合に、保険給付相当額（サービス計画費以外の介護サービス等については費用の額の9割、8割または7割相当額、サービス計画費については費用の額の10割相当額）の支給を受けるためのものです。

イ. 申請をすることができる人

要介護被保険者等で費用の全額を支払って介護サービス等の提供を受けた人

ウ. 申請に必要なもの

- ・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)(第24号様式)
または、藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費支給申請書
- ・領収証（サービス費用の全額の支払を証するものに限る。写し可。）
- ・サービス提供証明書
- ・サービス利用票及び、サービス利用票別表（サービス計画費の申請時のみ必要）

エ. 注意事項

- ・申請はサービス提供月、申請の区分（居宅サービス費、地域密着型サービス費、第1号事業支給費、計画費等のほか、月途中において要介護認定と要支援認定をまたがる変更があった場合は介護サービス、介護予防サービスの区分）のそれぞれに分けて申請書を提出してください。第1号事業支給費の申請は、申請書の様式が異なります。
- ・「領収証」に記載された金額と、「サービス提供証明書」の保険分の請求額と利用者負担額の合計額とが一致しているかを確認してください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、申請書の「相続人による受領申立欄」に記入の上、戸籍謄本等の相続人であることが確認できる書類を添付してください。指定口座欄には、相続人の方の口座情報を記載してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給（不支給）決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、指定の口座に振り込まれます。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



記入例

第24号様式(第26条関係)

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)

◆申請日を記入してください。

藤 沢 市 長		2000年00月00日	
次のとおり、申請します。		◆個人番号(マイナンバー)が不明の場合は、空欄のまま、ご提出ください。	
被 保 険 者 (申 請 者)	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号 1234517
	フリガナ氏名	フジサワ カイゴ 藤 沢 介 護	生年月日 明・大・昭 12年 8月 1
	住 所	〒251-0000 藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1	電話番号 0466-25-00
申 請 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書を提出せずに利用 <input type="checkbox"/> その他(
利 用 年 月	令和 0 年 1 月		
支 払 金 額 合 計	20,000円 ※当該利用月の合計支払		

◆被保険者番号、被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、住所、電話番号を記入してください。
◆成年後見人等が申請する場合には、被保険者の氏名・住所等の横に後見人の氏名・住所等を併記し、登記事項証明書の写し等を添付してください。

◆申請理由を選択してください。その他の場合は理由を具体的に記入してください。

◆サービスの利用年月を記入してください。

◆支払ったサービス費用の合計金額を記入してください。

相続人による受領申立
(この欄は、被保険者がお亡くなりになっている場合に、相続人が申請するときのみ記入してください。)
被保険者(被相続人)の相続人代表者として、その他の相続人の同意のもと、被相続人に支給される介護給付費等は、私が受領することとなりましたので、届出します。また、この件に関して、問題が生じたときは、相続人代表者である私が責任をもって解決します。

【注意】
この欄は、被保険者がお亡くなりになっている場合のみ、記入してください。

相続人代表者氏名	藤 沢 支 援	被保険者との続柄	妻
住 所	〒251-0000 藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1	電話番号	0466-25-0

指 定 口 座	金融機関名	藤 沢	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店名	藤 沢	本店 支店 出張所
	金融機関コード	9 9 9 9		支店コード	9 9 9	
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	フリガナ	フジサワ タロウ				
	口座名義	藤 沢 太 郎				

◆振込先口座を記入してください。

※被保険者以外の方の口座を指定された場合は、受領に関する権限が委任されたものとして取り扱います。

【事務処理欄】

この欄は、市処理欄のため記入不要です。

【相続人による受領申立時に必要な書類】

※郵送で提出する場合は、写しを添付してください。

- 1 相続人であることが確認できる書類(戸籍謄本等)
(被保険者の死亡時に同一世帯であった方は省略できます。)
- 2 成年後見人等が提出する場合
 - (1) 成年後見人等の本人確認書類(運転免許証等)
 - (2) 登記事項証明書等の写し

⑥藤沢市介護保険負担限度額認定申請書

ア. 申請の概要

この申請は、介護保険施設等に入所等をしている要介護被保険者等や短期入所サービスを利用している要介護被保険者等のうち、介護保険施設等において提供を受ける食事・居住費等に係る自己負担額の軽減を受けるためのものです。この申請により軽減措置の認定を受けた場合は、当該要介護被保険者等の収入状況等に応じて、介護保険施設等などのサービス提供事業者との契約により決まる食費や居住費等が引き下げられます。

イ. 適用要件

次の表の、「所得要件」と「資産要件」の両方を満たしている必要があります（生活保護受給者には、資産要件はありません。）。

なお、適用要件に該当せず非該当となった場合でも、その後再申請した時点で適用要件に該当すれば軽減を受けることができます。

段階	所得要件	資産要件（預貯金等の額）			
		65歳以上の方		64歳以下の方	
		単身	夫婦	単身	夫婦
第1段階	・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、老齢福祉年金の受給者 ・生活保護受給者（資産要件なし）	1,000万円以下	2,000万円以下	1,000万円以下	2,000万円以下
第2段階	・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の年金収入等の合計額 ^{※2} が <u>80万円以下</u> の方	650万円以下	1,650万円以下		
第3段階①	・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の年金収入等の合計額 ^{※2} が <u>80万円超120万円以下</u> の方	550万円以下	1,550万円以下		
第3段階②	・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の年金収入等の合計額 ^{※2} が <u>120万円超</u> の方	500万円以下	1,500万円以下		

※1 別世帯の配偶者（内縁関係含む）がいる場合は、配偶者も市町村民税非課税であることが要件です。

※2 年金収入等の合計額

合計所得金額^{※3}、課税年金収入額（国民年金・厚生年金・共済年金など）、非課税年金収入額（遺族年金・障がい年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金など）の合計額のことです。

※3 合計所得金額

収入金額から必要経費に相当する金額を控除した金額のことで、扶養控除や医療費控除などの所得控除をする前の金額です。ここから公的年金に係る雑所得を控除した額を用います。合計所得金額に給与所得が含まれている場合は、給与所得から10万円を控除した金額を用います。また、土地売却等に係る特別控除額がある場合は、合計所得金額から長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額を控除した金額を用います。

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険負担限度額認定申請書（第37号様式）
- ・本人の「預貯金等」が確認できる通帳等の写し（すべての口座等※）
- ・配偶者の「預貯金等」が確認できる通帳等の写し（すべての口座等※）
（配偶者がいる場合のみ。別世帯の配偶者や内縁関係の人も含みます。）
- ・成年後見人等が申請する場合は、登記事項証明書の写し

預貯金等に含まれるもの	必要な書類
預貯金(普通・定期・積立定期・貯蓄など)	<ul style="list-style-type: none"> ・通帳の写し（複数の口座をお持ちの場合は、すべて提出が必要です。） ・「金融機関名」「口座番号」「口座名義人」の分かるページ ・「直近2か月程度の履歴」を確認できるページ ※年金を受給している方は「年金の振込履歴」を確認できる部分も必要です。 ・「最終残高」を確認できるページ ・インターネットバンクは、口座残高を確認できるページを印刷し、添付してください。
出資金（農業組合・信用金庫など）	<ul style="list-style-type: none"> ・出資証券・残高通知・残高証明の写し等（ウェブサイトの写しも可）
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	<ul style="list-style-type: none"> ・証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
投資信託	<ul style="list-style-type: none"> ・銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価が容易に把握できる貴金属	<ul style="list-style-type: none"> ・購入先の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
その他(現金・負債等)	<ul style="list-style-type: none"> ・現金は自己申告、負債は借用書等の写し。
【対象外の資産】生命保険、自動車、貴金属(時価の把握が困難なもの)、絵画、骨董品、ゴルフ会員権など	

エ. 注意事項

- ・後日、介護保険課から認定の可否を記載した「介護保険負担限度額認定決定通知書」が送付され、認定の決定を受けた場合には、併せて「介護保険負担限度額認定証」が送付されます。
- ・「介護保険負担限度額認定証」が届き次第、入所または入院している介護保険施設等に必ず提示してください。（提示をしない場合、軽減を受けることができないことがあります）

藤沢市ホームページ
 該当ページ
 二次元コードはこちら



藤沢市介護保険負担限度額認定申請書

2024年 4月 1日

藤沢市長

次のとおり、介護保険負担限度額認定の申請をします。

1. 申請区分 新規 更新 再申請（所得更正等） 課税世帯の特例減額

2. 代理人が申請する場合 ※被保険者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。

代理人氏名	介護 花子	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 親族(続柄: 妻) <input type="checkbox"/> 成年後見人等(登記事項証明書等添付) <input type="checkbox"/> その他()
代理人住所	〒251-8601 藤沢市朝日町1-1	電話番号	0466-25-1111

3. 被保険者に関する事項

被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	
氏名	フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎	生年月日	明治・大正・昭和 30年1月1日
住所	〒251-0036 藤沢市江の島100	電話番号	0466-25-0000
入所(院)中の介護保険施設	種別 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム ※上記以外の施設及びショートステイは記入不要です。 施設名 特別養護老人ホーム 江の島	入所(院)年月日	R2年12月1日

4. 配偶者に関する事項 ※配偶者には、別世帯・内縁関係の方も含まれます。

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 配偶者なし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者あり (下の欄に記入してください。)
被保険者番号	0 0 0 0 0 5 6 7 8 9
氏名	フリガナ カイゴ ハナコ 介護 花子
住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 藤沢市朝日町1-1

5. 収入等に関する申告

生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 受給中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給なし
世帯課税状況	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
配偶者の課税状況	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
本人の非課税年金の受給	<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 遺族年金受給(寡婦年金・かん夫年金・準母子年金・遺児年金含む。) <input type="checkbox"/> 障害年金受給 年金保険者への届出住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> その他()

要介護認定	年月日～年月日	所得段階	1号		2号	
			単身	夫婦	単身	夫婦
生保・老福	生保受給・老福受給・受給なし					
世帯課税状況	非課税・課税	<input type="checkbox"/> 第1段階	1,000万円以下	2,000万円以下		
配偶者課税状況	非課税・課税	<input type="checkbox"/> 第2段階	650万円以下	1,650万円以下		
給付世帯所得	円	<input type="checkbox"/> 第3段階①	550万円以下	1,550万円以下	1,000万円以下	2,000万円以下
非課税年金収入	円(遺族・障害)	<input type="checkbox"/> 第3段階②	500万円以下	1,500万円以下		
収入額合計	円	<input type="checkbox"/> 第4段階(非該当)	-	-		
判定結果	該当・非該当(所得・資産)	有効期間	年 月 日 ～ 年 7月31日			

6. 資産状況に関する申告 ※生活保護を受給している方は記入不要です。

- ・本人と配偶者（※別世帯・内縁関係の方も含む。）の資産の額を記入してください。
- ・預貯金通帳等、資産の額が確認できる書類の写しをこの申請書に添付してください（下表参照）。

(1) 預貯金等			
金融機関名	支店名	名 義	残 高
〇〇銀行	〇〇支店	本人・配偶者	2,000,000 円
△△農業協同組合	△△支店	本人・配偶者	1,800,000 円
		本人・配偶者	円
		本人・配偶者	円
		本人・配偶者	円
		現金	200,000 円
		負債（マイナスで記載）	円

(2) 出資金・有価証券・投資信託等			
金融機関名	支店名	名 義	金額(概算評価額)
△△農業協同組合	△△支店	本人・配偶者	200,000 円
		本人・配偶者	円
資産額合計			4,200,000 円

【提出が必要な書類】※生活保護を受給している方は、添付不要です。

区 分	必要な書類
預貯金 (普通・定期・積立定期・貯蓄など)	<ul style="list-style-type: none"> ・通帳の写し（複数の口座をお持ちの場合は、すべて提出が必要です。） ・「金融機関名」「口座番号」「口座名義人」の分かるページ ・「直近2か月程度の履歴」を確認できるページ ※年金を受給している方は「年金の振込履歴」を確認できる部分も必要です。 ・「最終残高」を確認できるページ ・インターネットバンクは、上記の箇所を確認できるページを印刷し、添付してください。
出資金(農業協同組合、信用金庫など)	・出資証券・残高通知・残高証明の写し等(ウェブサイトの写しも可)
有価証券(株式・国債・社債など)	・証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
投資信託	・銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
金・銀(積立購入を含む。)など、購入先の口座残高によって時価が容易に把握できる貴金属	・購入先の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
その他(現金・負債等)	・現金は自己申告、負債は借用書等の写し。

※対象外の資産：生命保険、自動車、貴金属(時価の把握が困難なもの)、絵画、骨董品、ゴルフ会員権など。

7. 個人情報の取扱いに関する同意欄

- ・この申請に係る資格要件等を確認するために必要があるときは、市で保管する住民記録情報、市町村民税課税情報及びその他必要な情報を市長が利用することに同意します。
- ・介護保険負担限度額認定に必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社、その他関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。
- ・市長からの報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えることに同意します。

被保険者氏名： 介護 太郎
 配偶者氏名： 介護 花子

【注意事項】

- ・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可能性があります。
- ・負担限度額の認定を受けた後に、世帯状況や資産の額に変動があり、認定の基準を満たさなくなった場合等には、異動のあった日に遡って対象外となり、支給された額を返還していただくことがあります。

市 確 認 欄	個人番号確認	備考	受付	入力	確認	交付
	【番 号】個カ・通カ・住民票 【本人確認】個カ・免・身・住B・その他（ ）					

⑦介護保険利用者負担額減額・免除申請書

ア. 申請の概要

この申請は、要介護被保険者等またはその者の属する世帯の生計中心者（生計を主として維持する者）が震災等の災害により住宅等の財産に著しい損害を受けた場合や生計中心者の死亡等により収入が著しく減少した場合に、当該要介護被保険者等が介護サービスを受けたときに本来支払うべき自己負担額（介護サービスに要した費用の1割・2割または3割相当額）の減免を受けるためのものです。

この申請により減免を決定された場合には、要介護被保険者等が受けた損害の程度に応じて、その自己負担額が次のとおり減免されます。

(ア) 地震・火災等により被災した場合

本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額	損害割合	給付率		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
300万円未満	70%以上	100/100（全額免除）		
	50%以上 70%未満	97/100	94/100	91/100
	30%以上 50%未満	95/100	90/100	85/100
	30%未満	93/100	86/100	79/100

(イ) 住宅の床上浸水により被災した場合

本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額	給付率		
	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
300万円未満	95/100	90/100	85/100

(ウ) 収入減少事情のある場合

生計中心者の 前年の段階 判定所得金額	減少後の 収入額	前年所得に対する 減少割合	給付率		
			1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
350万円以上 450万円以下	生活保護 基準に 1.2を乗 じて得た 額以下で あるとき	70%以上	93/100	86/100	79/100
		70%以上	95/100	90/100	85/100
50%以上 70%未満		93/100	86/100	79/100	
70%以上		97/100	94/100	91/100	
50%以上 70%未満		95/100	90/100	85/100	
30%以上 50%未満		93/100	86/100	79/100	
150万円以上 250万円未満	150万円未満	70%以上	100/100（全額免除）		
		50%以上 70%未満	97/100	94/100	91/100
		30%以上 50%未満	95/100	90/100	85/100
		30%未満	93/100	86/100	79/100

イ. 申請をすることができる人

次のアからエまでのいずれかに該当する人

- (ア) 要介護被保険者等または生計中心者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財またはその他の財産に著しい損害を受けた場合
- (イ) 生計中心者の死亡、心身の重大な障がいまたは長期間の入院により、生計中心者の収入が著しく

減少した場合

- (ウ) 事業または業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により、生計中心者の収入が著しく減少した場合
- (エ) 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により、生計中心者の収入が著しく減少した場合

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険利用者負担額減額・免除申請書（第30号様式）
- ・特別の事情のある旨を証する書類
- ・収入状況を証する書面
- ・被保険者証（※受給資格を確認するため）

エ. 注意事項

- ・後日、介護保険課から減免の可否を記載した「介護保険利用者負担額減額・免除等決定通知書」が送付され、減免の決定を受けた場合には、併せて「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」が送付されます。
 - ・「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」が届き次第、利用している介護サービス事業者に必ず提示してください。
- ※なお、2011年3月11日に起きた東日本大震災により被災した方の一部の方については、自己負担額が免除される場合がありますので、転入等により新たに本市被保険者となった方が被災した方である場合は、介護保険課へお問い合わせください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



記入例

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

2000年 00月 00日				
被保険者本人の住所・氏名・生年月日を記入してください。			住所 藤沢市朝日町1番地の1 氏名 藤沢 介護 電話番号 0466-00-0000	
被保険者の情報を記入してください。				
次の通り利用者負担額の減免を申請します。				
減免の区分		<input checked="" type="checkbox"/> 減 額 <input type="checkbox"/> 免 除		
被 保 険 者	氏 名	フリガナ フジザワ タロウ 藤沢 介護	被保険者番号 0000123456	
	生年月日	明・大・ 昭 00年	個人番号	
	住 所	〒 251-0000 藤沢市朝日町1-1	個人番号が不明の場合は、空欄としてください。	
		電話番号 0466-00-0000		
減免申請理由		台風00号により、住宅が倒壊したため		
生計中心者の氏名		藤沢 介護		
生計中心者の前年所得金額		2,800,000円		
損害の程度		<input type="checkbox"/> 70パーセント以上 <input checked="" type="checkbox"/> 50パーセント以上70パーセント未満 <input type="checkbox"/> 30パーセント以上50パーセント未満 <input type="checkbox"/> 30パーセント未満		
添付書類		罹災証明書		
上記の申請について、次のとおり決定してよいでしょうか。				
課 長	課長補佐	主 査	担 当	公印使用承認印
				起案
該当区分		<input type="checkbox"/> 藤沢市介護保険条例施行規則第36条第1項第1号 <input type="checkbox"/> 非該当		
決定区分		<input type="checkbox"/> 免除する。 <input type="checkbox"/> 免除しない。		
		<input type="checkbox"/> 減額する（50パーセント）。 <input type="checkbox"/> 減額しない。		

⑧社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書

ア. 申請の概要

この申請は、神奈川県内の社会福祉法人等が提供する介護福祉施設サービス（特別養護老人ホーム）、訪問介護、通所介護、（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護（デイサービス）、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、第1号訪問事業、第1号通所事業を利用した場合に支払う自己負担額（これらのサービスに要する費用の1割相当額）、食費及び居住費等の軽減を受けるためのものです。

この「社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度」は、介護保険法の規定に基づくものではなく、「藤沢市社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度実施要綱」に基づくものであり、利用料の軽減を行う社会福祉法人等については、あらかじめ同要綱の規定により藤沢市に軽減を行う旨を届け出たものに限られます。

この申請により軽減対象者として市に認定された場合には、上記のサービスに係る通常の利用者負担額の原則として1/4に相当する額を減額します。

イ. 申請をすることができる人

次のア、イのいずれかに該当する人

(ア) 世帯全員が市町村民税非課税者である人(生活保護受給者を除く)。

- i 原則前年（1月から7月に申請の場合は前々年）の年間収入が単身世帯の場合は150万円、単身世帯以外の場合は世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下の人
- ii 預貯金等の額が、単身世帯の場合は350万円、単身世帯以外の場合は世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下の人
- iii 世帯全員が日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない人
- iv 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
(税法上及び健康保険上の被扶養者となっていないこと。)
- v 介護保険料を滞納していない人
(時効到来分については、給付制限期間終了まで滞納として扱います。)

(イ) 生活保護受給者

ウ. 申請に必要なもの

- ・社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書（第2号様式）
- ・収入・資産等に係る申告書兼同意書
- ・本人の健康保険証の写し（75歳以上の場合は不要）
- ・所得（課税）証明書
(令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。)
- ・収入を証する書類（同一世帯で収入（仕送り含む）のある人全員の年間収入額が分かるもの）
- ・預貯金等を証する書類（同一世帯で預貯金等のある人全員の預貯金等の額が分かるもの）
- ・資産を証する書類
(令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。)

エ. 注意事項

- ・この申請は地区福祉窓口では受け付けていません。
- ・添付書類等の詳しいことについては、介護保険課に確認してください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



書き方見本

第2号様式（第6条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書 新規 更新

20●●年 ○月 ○○日

藤 沢

新規又は更新にしてください。

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象者としての確認を受けたいので、次のとおり申請

更新の場合、お手元の「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証」の確認番号をご記入してください。※不明の場合は空欄で可

被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	確認番号	111
(申請者) 被 保 険 者	フリガナ	フジサワ カイゴ	生年月日
	氏 名	藤 沢 介 護	明・大 昭 ○年○月○日
	住 所	〒000-0000 藤沢市朝日町1番地の1	電話番号 0466-00-0000

窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。）

来庁者が被保険者本人以外の場合は、ご記入ください。

氏名 藤沢 給付	本人との続柄 妻
住所 藤沢市朝日町1番地の1	

【市処理欄】

生活保
世

「市処理欄」以下は、記入不要です。

⑨介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書

ア. 申請の概要

この申請は、各月において居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、第一号事業の利用に伴い支払をした自己負担額（これらのサービスに要する費用の1割相当額）の一部について助成を受けることができる者としての市の認定を受けるためのものです。

この「居宅サービス等自己負担額助成」は、介護保険法の規定に基づくものではなく、「藤沢市介護保険居宅サービス等自己負担額助成要綱」に基づくものであり、この申請により助成対象者として市に認定された場合には、毎月負担した自己負担額の合計額に対して1/2の額（5,000円が上限）の助成金が交付されます。ただし、当該額が100円未満の場合は助成されません。同一世帯で対象者が複数いる場合にも、個々のサービス利用に対して支給し、合算しないものとします。

なお、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度において、利用者負担額の軽減対象者となっている場合は、上記助成金の額から当該軽減額を控除して算出した金額が助成額になります（社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度において、5,000円/月以上の軽減を受けている場合、本制度による助成はされません。）。

イ. 申請をすることができる人

次のアからカの全てを満たす人

（生活保護受給者及び介護保険制度における境界層措置の適用者を除く。）

（ア）世帯全員が市町村民税非課税者である人

（イ）原則前年（申請月が1月から7月の場合は前々年）の年間収入が単身世帯の場合にあっては120万円、2人世帯にあっては180万円、3人以上の世帯にあっては240万円以下の人。ただし、賃貸住宅利用者においては、その実賃料（単身世帯にあっては70万円、2人世帯にあっては90万円を限度とする）を加算した額以下である人。

（ウ）預貯金等の額が単身世帯にあっては100万円、単身世帯以外にあっては世帯員が1人増えるごとに50万円をその額に加算した額以下である人。

（エ）世帯全員が日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない人。

（オ）負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

（税法上及び健康保険上の被扶養者となっていないこと。）

（カ）介護保険料の滞納がない人。

（時効到来分については、給付制限期間終了まで滞納として扱います。）

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険居宅サービス等自己負担額助成認定申請書（第1号様式）
- ・収入・資産等に係る申告書兼同意書
- ・本人の健康保険証の写し（75歳以上の場合は不要）
- ・所得（課税）証明書

（令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。）

- ・収入を証する書類（同一世帯で収入（仕送り含む）のある人全員の年間収入額が分かるもの）
- ・預貯金等を証する書類（同一世帯で預貯金等のある人全員の預貯金等の額が分かるもの）

- ・資産を証する書類

(令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。)

エ. 注意事項

- ・この申請は地区福祉窓口では受け付けていません。
- ・添付書類等の詳しいことについては、介護保険課に確認してください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



書き方見本

第1号様式（第5条関係）

介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書 新規 更新

令和〇年 〇月 〇〇日

藤沢市「新規」又は「更新」にしてください。

次のとおり、介護保険居宅サービス等自己負担額助成の申請をします。また、私及び私の属する世帯員の収入、資産等は収入・資産等に係る申告書のとおりです。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	フリガナ	フジサワ カイゴ	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	藤沢 介護	住居	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 借家 <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所
	生年月日	明・大 昭 〇年〇〇月〇〇日	電話番号	0466-00-0000
	住所	〒0000-0000 藤沢市朝日町1番地の1		

今回の申請で介護保険居宅サービス等自己負担額助成の認定を受けた場合、私に交付される助成金については、次の口座に振り込んでください。なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものととして取り扱ってください。

口 座 振 込 依 頼 欄	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号	
	金融機関コード		店舗コード		普通預金	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ		フジサワ カイゴ				
	口座名義人		藤沢 介護				
	窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。）						

助成金の振込先口座の情報を記入してください。本人以外の口座を記入した場合、受領に関する権限を委任したものとします。

氏名 藤沢 給付	電話
住所 藤沢市朝日町1番地の1	世帯員の続柄 妻

【市処理欄】

生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中	境界層措置
世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	保険料滞納

来庁者が被保険者本人以外の場合は、ご記入ください。

「市処理欄」以下は、記入不要です。

参考

・受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届

保険給付の申請をする際に、その請求権を有している被保険者本人が死亡している場合には、その請求権は、その遺族等に相続されます。

相続人が保険給付の支給を受けるための申請をする際には、「受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」の提出が必要です。

提出に必要な書類は次のとおりです。

相続人代表者と被保険者本人との関係	必要書類
親族（本人がお亡くなりになる前に同一世帯だった方）	本人確認書類
親族（本人がお亡くなりになる前に別世帯だった方）	① 本人確認書類 ② 相続人であることが確認できる書類（戸籍謄本の写し等）
成年後見人等	① 成年後見人等の本人確認書類 ② 成年後見人等であることが確認できる書類（登記事項証明書等）

介護保険課から本人宛に送付した届出書により申請する場合には、①本人確認書類は省略できます。

なお、受給資格者申告書を使用する可能性のある申請は、次のようなものがあります。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1 高額介護サービス費等支給申請2 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請3 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請 ※完了届提出の際に添付4 居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請 |
|---|

（次ページ書き方見本参照）

書き方見本

受給資格者申告書 兼 給付費支給指定口座変更届

藤 沢 市 長

私は次の被保険者（被相続人）に係る介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等について、その受給権を有する者であることを申告します。また、相続人代表者として、支給される給付費等に関しては、その他の相続人の同意のもと、私が受領することとなりましたので、届け出いたします。

なお、この件に関して他の相続人と問題が生じたときには、相続人代表者である私が責任をもって解決いたします。

届 出 日	20××年 8月 1日		
相続人代表者 (申告者)	住 所	藤沢市朝日町1番地の1	
	氏 名	藤沢 給付	
	被保険者との続柄	配偶者 ・ 子 ()	
	電話番号	0466-00-0000	
被保険者 (被相続人) ※お亡くなりになられた方	被保険者番号	0 0 0 0 × × × × × ×	
	住 所	藤沢市朝日町1番地の1	
	フリガナ	フジサワ カイゴ	
	氏 名	藤沢 介護	
	生年月日	明治・大正・昭和 10年 10月 10日	
振込先口座を次の口座に変更します。			
藤沢 銀行 信用金庫 協同組合	藤沢 本店 支店 出張所	種別 普通 2 当座 3 その他	口座番号 9 8 7 6 5 4 3
金融機関コード 1 1 1 1	支店コード 0 0 1	フリガナ フジサワ キュウフ	口座名義人 藤沢 給付

◆相続人代表者の氏名等を記入してください。

◆お亡くなりになられた方（被保険者）の氏名等を記入してください。
※被保険者番号が不明の場合は、未記入で提出してください。

◆相続人代表者の口座を記入してください。

【注意事項】

※原則、この届出書が提出された月の翌月の振込分から変更後の口座に振り込みを行います。
※被保険者本人の口座が振込不能となった場合には、指定口座に振り込みを行います。

【提出時に必要な書類】 郵送で提出する場合は、必要書類等の写しを添付してください。

- 被保険者本人と同一世帯※の相続人が提出する場合
申告者の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)
※被保険者本人がお亡くなりになった時点で、住民票上の同一世帯だった方をいいます。
- 被保険者本人と別世帯の相続人が提出する場合
(1) 申告者の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)
(2) 相続人であることが確認できる書類(戸籍謄本の写し等)
- 成年後見人等が提出する場合
(1) 成年後見人等の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)
(2) 成年後見人等であることが確認できる書類(登記事項証明書の写し等)