

函館市介護保険運営要綱

(目的)

第1条 この要綱は、法令および函館市介護保険条例（平成12年函館市条例第21号。以下「条例」という。）、函館市介護保険規則（平成12年函館市規則第50号。以下「規則」という。）に基づき、市が行う介護保険の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(被保険者の資格に係る届出等)

第2条 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）第23条および第24条に規定する資格取得の届出等は、別記第1号様式の届出書によるものとする。

2 省令第25条に規定する住所地特例対象施設に入所または入居中の者に関する届出は、別記第2号様式の届出書によるものとする。

3 省令第29条に規定する氏名変更、省令第30条に規定する住所変更および省令第31条に規定する世帯変更の届出は、別記第1号様式の届出書によるものとし、省令第32条に規定する資格喪失の届出は、別記第1号様式の2の届出書によるものとする。

4 介護保険法施行法（平成9年法律第124号。以下「施行法」という。）第11条第1項に規定する適用除外に関する経過措置により、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第9条第2号に規定する第2号被保険者（以下「第2号被保険者」という。）に該当しない者は、その事由が消滅したときは、別記第1号様式の届出書により、市長に届け出なければならない。

(第2号被保険者に対する被保険者証の交付)

第3条 省令第26条第2項の規定による被保険者証の交付申請は、別記第3号様式の申請書によるものとする。

2 市長は、前項の申請があったときは、必要事項を確認の上、被保険者証を交付するものとする。

(要介護認定等の申請等)

第4条 省令第35条第1項に規定する要介護認定および省令第49条第1項に規定する要支援認定の申請は別記第4号様式の申請書による

ものとし、省令第40条第1項に規定する要介護更新認定および省令第54条第1項に規定する要支援更新認定の申請は、別記第4号様式の2の申請書によるものとする。ただし、現に法第19条第2項に規定する要支援認定を受けている被保険者に係る前段の要介護認定の申請は、別記第5号様式の申請書によるものとする。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第6号様式の通知書により、法第9条に規定する被保険者（以下「被保険者」という。）に通知するものとする。

3 市長は、法第27条第11項のただし書きの規定（法第28条第4項、第32条第9項または第33条第4項において準用する場合を含む。）により前項の申請に対する処分を延期するときは、別記第7号様式の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

4 市長は、法第27条第10項の規定（法第28条第4項、第32条第9項または第33条第4項において準用する場合を含む。）により第1項の申請を却下するときは、別記第8号様式の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

5 第1項の申請を取り下げる者は、別記第9号様式の申請取下げ書を市長に提出しなければならない。

（要介護状態区分等の変更の認定の申請等）

第5条 省令第42条第1項に規定する要介護状態区分の変更の認定、省令第55条の2第1項に規定する要支援状態区分の変更の認定の申請は、別記第5号様式の申請書によるものとする。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第6号様式の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

3 市長は、法第29条第2項の規定により準用される法第27条第11項ただし書きの規定（法第33条の2第2項において準用する場合を含む。）により、第1項の申請に対する処分を延期するときは、別記第7号様式の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

4 市長は、法第29条第2項の規定により準用される法第27条第10項の規定（法第33条の2第2項において準用する場合を含む。）により、第1項の申請を却下するときは、別記第8号様式の通知書によ

り，当該被保険者に通知するものとする。

- 5 第1項の申請を取り下げる者は，別記第9号様式の申請取下げ書を，市長に提出しなければならない。

（要介護認定等の取り消し）

第6条 市長は，省令第47条第1項に規定する要介護認定の取り消しまたは第56条第1項に規定する要支援認定の取り消しを行うときは，別記第10号様式の通知書により，当該被保険者に通知するものとする。

（介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請等）

第7条 省令第59条第1項に規定する介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請を行う者は，別記第11号様式の申請書に被保険者証を添えて，市長に申請しなければならない。

- 2 市長は，前項の申請に対する処分について，別記第12号様式の通知書により，当該被保険者に通知するものとする。

（介護保険資格者証の交付）

第8条 市長は，第2条から第5条および第7条に規定する届出等があったとき必要と認める場合は，期間を限って，被保険者証と同等の効力を有する別記第13号様式の介護保険資格者証（以下「資格者証」という。）を，当該被保険者に交付するものとする。

（介護保険受給資格証明書の交付）

第9条 市長は，要介護認定等を受けた被保険者が住民基本台帳法（昭和42年法律第81号。）第24条の規定による転出の届出を行った場合（住所地特例対象施設に入所または入居中の者を除く。）において，必要があると認めるときは，別記第14号様式の介護保険受給資格証明書（以下「受給資格証明書」という。）を，当該被保険者に交付するものとする。

（居宅サービス計画作成等の届出）

第10条 省令第77条第1項に規定する居宅サービス計画の作成依頼および変更の届出は，別記第15号様式の届出書によるものとし，省令第95条の2第1項に規定する介護予防サービス計画の作成依頼および変更の届出は，別記第15号様式の2の届出書によるものとする。

2 省令第65条の4第2項または第85条の2第2項に規定する届出は、別記第15号様式の3の届出書によるものとする。

(介護サービス費等または特例介護サービス費等の支給)

第11条 法第41条第1項に規定する居宅介護サービス費、法第42条の2第1項に規定する地域密着型介護サービス費、法第46条第1項に規定する居宅介護サービス計画費、法第48条第1項に規定する施設介護サービス費、法第53条第1項に規定する介護予防サービス費、法第54条の2第1項に規定する地域密着型介護予防サービス費および法第58条第1項に規定する介護予防サービス計画費（以下「介護サービス費等」という。）または法第42条第1項に規定する特例居宅介護サービス費、法第42条の3第1項に規定する特例地域密着型介護サービス費、法第47条第1項に規定する特例居宅介護サービス計画費、法第49条第1項に規定する特例施設介護サービス費、法第54条第1項に規定する特例介護予防サービス費、法第54条の3第1項に規定する特例地域密着型介護予防サービス費および法第59条第1項に規定する特例介護予防サービス計画費（以下「特例介護サービス費等」という。）の支給を受けようとする者は、別記第16号様式の申請書に被保険者証その他必要な書類等を添えて市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第17号様式の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

3 特例介護サービス費等の支給額は、次の各号に定めるものとする。

ただし、第14条第3項および第20条第3項の規定により、利用者負担額の減免を受けた者については、「市長が別に定める割合」とする。

(1) 特例居宅介護サービス費

法第42条第3項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該居宅サービスまたはこれに相当するサービスに要した費用（食事の提供に要する費用、滞在に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。）の額を超えるときは、当該現にサービスに要した額

とする。)の100分の90, 100分の80または100分の70とする。

(2) 特例地域密着型介護サービス費

法第42条の3第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該指定地域密着型サービスまたはこれに相当するサービスに要した費用(食事の提供に要する費用, 居住に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。)の額を超えるときは, 当該現に地域密着型サービスまたはこれに相当するサービスに要した費用の額とする。)の100分の90, 100分の80または100分の70とする。

(3) 特例居宅介護サービス計画費

法第47条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該居宅介護支援またはこれに相当するサービスに要した費用の額を超えるときは, 当該現に居宅介護支援またはこれに相当するサービスに要した費用の額とする。))。

(4) 特例施設介護サービス費

法第49条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該施設サービスに要した費用(食事の提供に要する費用, 居住に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。)の額を超えるときは, 当該現に施設サービスに要した費用の額とする。)の100分の90, 100分の80または100分の70とする。

(5) 特例介護予防サービス費

法第54条第3項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該介護予防サービスまたはこれに相当するサービスに要した費用(食事の提供に要する費用, 滞在に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。)の額を超えるときは, 当該現に介護予防サービスまたはこれに相当するサービスに要した費用の額とする。)の100分の90, 100分の80または100分の70とする。

(6) 特例地域密着型介護予防サービス費

法第54条の3第2項の厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該地域密着型介護予防サービスまたはこれに相当するサービスに要した費用（食事の提供に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。）の額を超えるときは、当該現に地域密着型介護予防サービスまたはこれに相当するサービスに要した費用の額とする。）の100分の90、100分の80または100分の70とする。

(7) 特例介護予防サービス計画費

法第59条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該介護予防支援またはこれに相当するサービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に介護予防支援またはこれに相当するサービスに要した費用の額とする。）。

（居宅介護福祉用具購入費等の支給申請等）

第12条 省令第71条または第90条の規定による居宅介護福祉用具購入費等の支給申請は、別記第18号様式の申請書によるものとする。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第18号様式の2の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

（居宅介護住宅改修費等の支給申請等）

第13条 省令第75条または第94条の規定による居宅介護住宅改修費等の支給申請は、別記第19号様式の申請書によるものとする。

2 前項の申請書は、住宅改修を行おうとするときに、あらかじめ市長に提出しなければならない。ただし、市長がやむを得ない理由があると認めるときは、住宅改修が完了した後に市長に提出することができる。

3 市長は、第1項の申請に対する処分について、別記第19号様式の2の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

4 省令第75条または第94条の住宅改修が完了した後に提出する書類は、別記第19号様式の3の申請書によるものとする。

5 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第19号様式の4の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

6 前各項の規定にかかわらず，受領委任払いによる申請の場合は，市長が別に定める。

（利用者負担額の減免申請等）

第14条 規則第4条の申請は，別記第20号様式の申請書によるものとする。

2 市長は，前項に規定する利用者負担額の減免の申請に対する処分について，別記第20号様式の2の通知書により，当該被保険者に通知するものとする。

3 市長は，減免を決定したときは，その期間および介護給付等の割合を記載した別記第21号様式の認定証を交付するものとする。

4 前項の認定証を交付された者は，減免を受ける理由が消滅したときおよび認定証の有効期限に至ったときは，直ちに当該認定証を市長に返還しなければならない。

（高額介護サービス費等の支給申請等）

第15条 省令第83条の4または第97条の2の規定による高額介護サービス費等の支給申請は，別記第22号様式の申請書によるものとする。

2 市長は，前項の申請に対する処分について，別記第22号様式の2の通知書により，当該被保険者に通知するものとする。

（高額医療合算介護サービス費等の支給申請等）

第16条 省令第83条の4の4また第97条の2の2の規定による高額医療合算介護サービス費等の支給申請は，別記第23号様式の申請書によるものとする。

2 市長は，前項の申請に対する処分について，別記第24号様式の通知書により，当該被保険者に通知するものとする。

（特定入所者の負担限度額に係る認定申請等）

第17条 省令第83条の6または第97条の4の規定による負担限度額の認定申請は，別記第25号様式の申請書によるものとする。

2 市長は，前項の申請に対する処分について，別記第26号様式の通知書により，当該被保険者に通知するものとする。

3 市長は，負担限度額の認定を決定したときは，その期間および認定

する金額等を記載した省令第83条の6第4項に規定する認定証を交付するものとする。

(特定入所者の負担限度額に関する特例)

第18条 省令第83条の8または第97条の4(省令172条の2において準用する場合を含む。)の規定による特定入所者介護サービス費等(負担限度額差額)の支給申請は、別記第27号様式の申請書によるものとする。この場合においては、当該申請書にサービスに要した費用の支払いを証する書類等を添えなければならない。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第27号様式の2の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

(特例特定入所者介護サービス費等の支給申請等)

第19条 法第51条の4第1項に規定する特例特定入所者介護サービス費または法第61条の4第1項に規定する特例特定入所者介護予防サービス費の支給を受けようとする者は、別記第27号様式の申請書にサービスに要した費用の支払いを証する書類等を添えて市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第27号様式の2の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

3 特例特定入所者介護サービス費の額は、次の各号に定める額の合計とする。

(1) 当該食事の提供に要した費用について法第51条の3第2項第1号に規定する食費の基準費用額から食費の負担限度額を控除した額

(2) 当該居住等に要した費用について法第51条の3第2項第2号に規定する居住費の基準費用額から居住費の負担限度額を控除した額

4 特例特定入所者介護予防サービス費の額は、次の各号に定める額の合計とする。

(1) 当該食事の提供に要した費用について法第61条の3第2項第1号に規定する食費の基準費用額から食費の負担限度額を控除した額

(2) 当該居住等に要した費用について法第61条の3第2項第2号に規定する居住費の基準費用額から居住費の負担限度額を控除した額

(要介護旧措置入所者の利用者負担額の減免申請等)

第20条 施行法第13条第3項に規定する施設介護サービス費の割合の変更による利用者負担額の減免の認定を受けようとする要介護旧措置入所者は、別記第28号様式の申請書により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第29号様式の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

3 市長は、利用者負担額の減免を決定したときは、その期間および介護給付の割合等を記載した別記第30号様式の認定証を交付するものとする。

4 前項の認定証を交付された者は、減免を受ける理由が消滅したときおよび認定証の有効期限に至ったときは、直ちに当該認定証を市長に返還しなければならない。

(要介護旧措置入所者の特定負担限度額の認定申請等)

第21条 省令第172条の2の規定において準用する省令第83条の6の規定による特定負担限度額の認定申請は、別記第31号様式の申請書によるものとする。

2 市長は、前項の申請に対する処分について、別記第31号様式の2の通知書により、当該被保険者に通知するものとする。

3 市長は、特定負担限度額の認定を決定したときは、その期間および認定する金額等を記載した省令第172条の2の規定において準用する省令第83条の6に規定する認定証を交付するものとする。

(被保険者証等の再交付)

第22条 省令第27条に規定する被保険者証および省令第28条の2第4項に規定する負担割合証の再交付の申請ならびに第8条に規定する資格者証、第9条に規定する受給資格証明書、第14条第2項に規定する利用者負担額減額・免除認定証、第17条第3項に規定する負担限度額認定証、第20条第3項に規定する利用者負担額減額・免除等認定証および第21条第3項に規定する特定負担限度認定証の再交付の申請は、別記第32号様式の申請書によるものとする。

2 市長は、前項の申請があったときは、必要事項等を確認のうえ被保険者証等を再交付するものとする。

(第三者の行為によって給付事由が生じた場合の届出)

第23条 被保険者は、保険給付に係る給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、別記第33号様式の届出書に届出の内容を証明する書類その他必要な書類を添えて市長に届け出なければならない。

(電子申請等における添付書類の取扱い)

第24条 介護保険に係る申請等のうち、函館市行政手続等における情報通信の技術の利用に関する条例(平成18年函館市条例第48号)第7条の規定により市長が告示したものについて、当該申請等を行う者が、函館市行政手続等における情報通信の技術の利用に関する条例施行規則(平成18年函館市規則第104号)第3条第1項ただし書の規定により同条第2項および第3項に掲げる事項を入力することに代えて書面等または電磁的記録を提出する場合は、正本を添付することとされているときを除き、当該申請等に関し市長から付与された到達番号を表示して、郵送、電子メールまたはこれに類する方法によるものとする。

(保険料に関する申告書)

第25条 条例第13条に規定する申告書は、別記第34号様式によるものとする。

附 則

この要綱は、平成12年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成13年11月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成14年1月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成16年12月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成17年10月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成27年8月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成28年8月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成29年7月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成29年12月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成31年（2019年）1月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和3年8月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和3年11月9日から実施する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和4年6月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和7年1月6日から実施する。

介護保険資格喪失届(死亡)

届出日	平成 年 月 日	死亡年月日
	氏名・住所	平成 年 月 日
届出人	電話()	
死亡した人の住所	函館市 町 丁目 番 号	番地

死亡した人	フリガナ	生年月日
	氏 名	明・大 昭・平

備考

扱	本	湯	銭	亀
	戸	恵	榎	南

介護保険住所地特例 開始・変更・終了 届

（あて先）函 館 市 長

次のとおり住所地特例（開始・変更・終了）について届出します。

※上記（ ）内の該当するものに○をつける

在宅→施設：開始 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

	届出年月日	年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	電話番号	

※届出者が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号				
	個人番号				
	フリガナ			世帯主との続柄	
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女	

世 帯 主	氏名				
			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
			性別	男 ・ 女	

異 動 前 情 報	従前の住所				
		電話番号			
	※異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設名称				
	退所年月日				

異 動 後 情 報	現在の住所				
		電話番号			
	※異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと				
	施設名称				
	入所年月日				

介護保険資格喪失届(死亡)

届出日	平成 年 月 日	死亡年月日
届出人	氏名・住所	平成 年 月 日
	電話()	
死亡した人の住所	函館市 町 丁目 番 号	番地

死亡した人	フリガナ	生年月日
	氏名	明・大 昭・平

備考

扱	本	湯	銭	亀
	戸	恵	椴	南

介護保険住所地特例 開始・変更・終了 届

（あて先）函 館 市 長

次のとおり住所地特例（開始・変更・終了）について届出します。

※上記（ ）内の該当するものに○をつける

在宅→施設：開始 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

	届出年月日	年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	電話番号	

※届出者が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号				
	個人番号				
	フリガナ			世帯主との続柄	
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女	

世 帯 主	氏名				
			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
			性別	男 ・ 女	

異 動 前 情 報	従前の住所		電話番号	
	※異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと			
	施設名称			
	退所年月日			

異 動 後 情 報	現在の住所		電話番号	
	※異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと			
	施設名称			
	入所年月日			

介護保険 被保険者証交付申請書

（あて先）函 館 市 長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

※申請者が代理人の場合、申請者住所欄には代理人の個人住所を記載

個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																			
フリガナ																				
被保険者氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日																		
	性 別	男 ・ 女																		
被保険者住所	電話番号																			

医療保険者名	
--------	--

医療保険 被保険者証記号番号	
-------------------	--

※市記入欄

メモ欄 確認	本人	マ・医・免・通知書・ 通帳・他（ ）	委任状 後見等（提出済・原本）	代理人	マ・医・免・ 他（ ）	受付	
-----------	----	-----------------------	--------------------	-----	----------------	----	--

介護保険 要支援・要介護認定

新規

申請書

別記第4号様式
(第4条第1項関係)

(あて先) 函館市長
次のとおり申請します。

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人	申請年月日 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	電話 () -
		住所	本人との関係 ()
<input type="checkbox"/> 提出代行	該当に○ (指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・地域包括支援センター) 事業所名・住所等		

申請の理由

認定を受ける人(被保険者)の状況	被保険者番号	0 0 0	個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	住所	函館市 町 丁目 番 号 方 〒 - 電話 -			
	(※現在、上記住所以外に入所・入院・滞在している場合)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設)	施設・病院等の名称 (病棟等) (階 棟)		
		② <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院している	左記の住所および		
		③ <input type="checkbox"/> その他(上記以外の施設、家族宅等)	電話番号 () -		
	年 月 日から(入所・入院・滞在中)		今後、 月 日頃自宅に戻る予定		
前回の要介護認定の結果等	認定結果	非該当 要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5)			
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
主治医	医師名	医療機関名			
(意見書の記載を依頼する医師)	所在地 電話 () -				

●調査時等の連絡先・立ち会いについてご記入ください。

連絡先	氏名 (認定を受ける人との関係)	調査時の立ち会い
	住所 電話 -	希望する・希望しない

結果通知等の送付先について希望があればご記入ください。(特に希望がない場合は、自宅へ送付します。)

送付先	<input type="checkbox"/> 自宅へ <input checked="" type="checkbox"/> ●調査時等の連絡先へ
	<input type="checkbox"/> その他(住所:〒 宛名 様方へ送付)

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください。

医療保険者名	医療保険被保険者記号番号
該当する特定疾病病名	

次の項目について、同意いただける場合は□にチェックをお願いします。

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、介護認定審査会による判定結果を主治医意見書を記載した医師に提示することに

同意する

以下は記入の必要はありません

受付印

※事務処理欄

受付	到着日	調査依頼	電算・意見書依頼	システム	2号資格
<input type="checkbox"/> 資格者証	郵便・電子		在		
<input type="checkbox"/> 医療保険			施		

介護保険

要支援・要介護認定

更新

申請書

別記第4号様式の2
(第4条第1項関係)

(あて先) 函館市長
次のとおり申請します。

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人	申請年月日	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	電話 () -			
		住所	本人との関係 ()			
<input type="checkbox"/> 提出代行	該当に○ (指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・地域包括支援センター) 事業所名・住所等					

認定を受ける人 (被保険者) の状況	被保険者番号	0 0 0	個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	住所	函館市 町 丁目 番 号 方 〒 - 電話 -			
	(※現在, 上記住所以外に入所・入院・滞在している場合)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設)	施設・病院等の名称 (病棟等)	(階 棟)	
		② <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院している	左記の住所および		
		③ <input type="checkbox"/> その他(上記以外の施設, 家族宅等)	電話番号	() -	
	年 月 日から(入所・入院・滞在)中		今後, 月 日頃自宅に戻る予定		
前回の要介護認定の結果等	認定結果	非該当 要支援 (1・2) 経過的要介護 要介護 (1・2・3・4・5)			
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
主治医 (意見書の記載を依頼する医師)	医師名		医療機関名		
	所在地 電話 () -				

●調査時等の連絡先・立ち会いについてご記入ください。

連絡先	氏名	(認定を受ける人との関係)	調査時の立ち会い
	住所	電話	希望する・希望しない

結果通知等の送付先について希望があればご記入ください。(特に希望がない場合は, 自宅へ送付します。)

送付先	<input type="checkbox"/> 自宅へ	<input type="checkbox"/> ●調査時等の連絡先へ
	<input type="checkbox"/> その他(住所: 〒 宛名 様方 へ送付)	

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は, 医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください。

医療保険者名	医療保険被保険者記号番号
該当する特定疾病病名	

次の項目について, 同意いただける場合は□にチェックをお願いします。

- 更新申請後30日を過ぎても, 現在の認定の有効期間中に認定される見込みの場合は, 認定延期の通知は不要であることに 同意する
- 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, 介護認定審査会による判定結果を主治医意見書を記載した医師に提示することに 同意する

以下は記入の必要はありません

※事務処理欄	受付	到着日	調査依頼	電算・意見書依頼	システム	2号資格
	<input type="checkbox"/> 資格者証	郵便・電子		在		
	<input type="checkbox"/> 医療保険			施		

受付印

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請取下げ書

（あて先）函館市長

私は， 年 月 日付けにて，介護保険法に基づく要介護・要支援認定の申請を行いました，下記の理由により，本申請を取下げします。

		届出年月日		年	月	日
届出者氏名		本人との関係				
届出者住所		※届出者が被保険者本人の場合，届出者住所・電話番号は記載不要です。 〒 — 電話番号				
被 保 険 者	被保険者番号					
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女	
	住所	〒 — 電話番号				

取下げ理由

委任状

年 月 日

（あて先）函館市長

委任者 住所 函館市 町 丁目 番号

氏名

私は，上記の取下げにあたり，取下げに係る一切の権限を次の者に委任いたしました。

受任者 住所 町 丁目 番号

氏名

委任者との関係（ ）

電話番号 — —

介護保険サービスの種類指定変更申請書

（あて先）函館市長
次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	*申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。 〒 電話番号 局 番		

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	明・大・昭	年 月 日		
	氏 名						性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 電話番号 局 番									
	現に受けている要介護・要支援認定の内容	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2	
		有効期間					年 月 日から	年 月 日まで			
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の削除を求める旨											
種類指定変更理由											

主治医	主治医の氏名						医療機関名			
	所在地	〒 電話番号 局 番								

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名			医療保険被保険者記号番号		
特定疾病名					

介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証）

有効期限			
被 保 険 者	番 号		
	住 所		
	フリガナ 氏 名		
	生 年 月 日		性 別
交 付 年 月 日			
要介護状態区分等			
認定年月日（事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日）			
認定の有効期間			
居 宅 サ ー ビ ス 等		区分支給限度基準額	
		1 月 当 たり	
(うち種類支給限度基準額)		サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			
給 付 制 限		内 容	期 間
			開始年月日 終了年月日
			開始年月日 終了年月日
			開始年月日 終了年月日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称		届出年月日	
		届出年月日	
		届出年月日	
介護保険施設等	種類 名称	入所等年月日	退所等年月日
	種類 名称	入所等年月日	退所等年月日
保険者番号並びに 保険者の名称及び印		0 1 2 0 2 1	函館市
		北海道函館市東雲町4番13号 TEL (0138) 21-3028	印影

裏面の注意事項を確認してください。

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ函館市の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 2 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 3 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。
- 4 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
- 5 この証の有効期限を経過したときは、使用することはできません。
- 6 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ函館市に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、函館市に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、函館市からの事後払い（償還払い）になります。
- 7 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 8 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）。
- 9 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち函館市が定める割合又は函館市が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。
- 10 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 11 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を函館市に返してください。
- 12 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、函館市にその旨を届け出てください。
- 13 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。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を函館市からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を3割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が3割である場合は4割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号																
	フリガナ																
	氏 名																
	生年月日																
	住 所 (転出先予定)																
	異動予定日			年	月	日											
<p>上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">函館市長</p>												0	1	2	0	2	1
0	1	2	0	2	1												
										申請年月日	年	月	日				
										認定年月日	年	月	日				
要介護状態区分											認定の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで有効				
利用者の負担割合											割 ()		(住所移転前の負担割合)				
認定審査会の意見等																	
備 考																	

- 注意事項
- この受給資格証明書は、介護保険法第36条に基づき、転出先の市（町村）で、あらかじめ認定調査を受けることなく、認定を受けることが可能となるように函館市が交付したもので、被保険者証ではありません。したがって、この証で介護保険の保険給付を受けることはできません。
 - 住所を異動した先の市（町村）が、新たに介護保険の保険者となり、あなたはその市（町村）の介護保険の被保険者となります。
 - 住所を異動した際は、直ちにその市（町村）の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して要介護認定・要支援認定等の申請をしてください。
 - あなたが、住所を異動した日から14日を過ぎますと、この証明書は無効となりますので十分に注意してください。
 - 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、介護保険の保険給付が一部受けられなくなることがありますので十分に注意してください。

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分 新規・変更
被保険者氏名	被保険者番号	
フリガナ		
	個人番号	
	生年月日	
	明・大・昭	年 月 日
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者		
事業者の事業所名および事業所番号	事業所の所在地	
	電話番号 ()	
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。	
	変更年月日 (年 月 日付)	
<p>(あて先) 函館市長</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>被保険者 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>		
備 考		

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、もしくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに函館市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず函館市に届け出てください。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。
- 3 太線の中のみ記入してください。

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

区 分	
新規・変更	
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	個 人 番 号
	生 年 月 日
	明・大・昭 年 月 日
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター	
介護予防支援事業所名または 地域包括支援センター名および事業所番号	介護予防支援事業所または 地域包括支援センターの所在地 〒
	電話番号 ()
介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所 ※居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。	
居宅介護支援事業所名および事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地 〒
	電話番号 ()
介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。	
変更年月日 (年 月 日付)	
(あて先) 函館市長 上記の介護予防支援事業者または地域包括支援センターに介護予防サービス計画作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。	
年 月 日	
住所 被保険者 氏 名	電話番号 ()
備 考	

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、または、介護予防サービス計画作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに函館市に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成もしくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所や地域包括支援センター、または、介護予防支援もしくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず函館市に届け出てください。
届け出のない場合、サービスにかかる費用をいったん、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 太線の中のみ記入してください。

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ											保険者番号										
被保険者氏名											被保険者番号										
											個人番号										
生年月日											要介護度等										
認定有効期間																					
住 所																電話番号					
申請理由																					
支払金額合計																円					
<p>函館市長 様</p> <p>前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>個人番号</p> <p>※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。</p>																					

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

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

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

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

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書

フリガナ			保険者番号																		
被保険者氏名			被保険者番号																		
			個人番号																		
生年月日			要介護度等																		
認定有効期間																					
住 所													電話番号								
住宅の所有者	本人との関係（ ）																				
住宅改修先住所	〒																				
改修の内容・箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 1. 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2. 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 4. 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 5. 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 6. 付帯工事												業 者 名								
													業 者 連 絡 先								
													着 工 日	年	月	日					
													完 成 日	年	月	日					
改修費用	円																				
改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由																					
事前承認番号																					
函館市長 様 前のおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。																					
代理申請を行う	事業所名所																				
事業所情報	事業所種別																				

注意 ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるもの(写真又は簡単な図面)を提出してください。
 ・工事終了後、住宅改修に要した領収書、工事費内訳書、住宅改修の完成後の状態を確認できる書類を提出してください。
 ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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

介護保険 利用者負担額減額・免除認定申請書

フリガナ		保険者番号																		
被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日		個人番号																		
住 所														電話番号						
備 考																				

函館市長 様

前のとおり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。

年 月 日

〒

申請者 住所 電話番号

氏名

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

別記第21号様式（第14条関係）

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>介護保険利用者負担額減額・免除認定証</p> </div>							
交付年月日							
番号							
住所							
フリガナ							
氏名							
生年月日							
適用年月日	から						
有効期限	まで						
減額・免除認定事項	給付率 / 100						
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> </tr> </table> <div style="margin-left: 10px;"> 函館市介護保険課 郵便番号 住所 電話番号 </div> <div style="margin-left: 20px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;">印</div> <p>函館市</p> </div> </div>	0	1	2	0	2	1
0	1	2	0	2	1		

注 意 事 項

- 一 介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 二 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（入院又は入所時の居住又は滞在に要する費用及び食事に要する費用を除く。）から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の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。
- 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。
- 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。

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号												
被保険者氏名		被保険者番号												
生年月日		個人番号												
住 所											電話番号			
本人支払額														
備考														
函館市長 様 前のおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。														

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

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

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

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

市（町村）記入欄

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

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	----	------	-------	-------	--------

(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
-----------	-----------

フリガナ	氏名		生年月日	年 月 日 生	個人番号	年 月 日 から 年 月 日まで
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	国民健康保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	後期高齢者医療資格情報				
保険者番号	被保険者番号	介護保険資格情報				
012021	函館市介護保険		加入期間			
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号	
1. 窓口払い	1	銀行	店舗コード	種目	口座名義人	
2. 口座振込		信用組合	本支店出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		
保険者加入歴	1	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書整理番号		
2	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	備考欄			
3	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				
4	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				
5	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				

〒040-8666

北海道函館市東雲町4番13号
(あて先) 函館市長

年 月 日

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で困んで下さい。
高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で困んで下さい。

郵便番号

住所

申請代表者

氏名

電話番号

人中

人目

枚中

枚目

備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項等

1. 高額介護合算療養費等支給申請について
 - (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
 - (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
 - (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
 - (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入履歴欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入履歴欄への記載は不要です。
 - (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載して下さい。
例）口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
 - (6) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
 - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ③死亡・海外移住・生適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
 - (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご留意下さい。
 - (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載して下さい。
 - (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
 - (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給がでない場合があります。

2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“00”とし、介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする）＋保険者が付する通し番号8桁」（計19桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

年 月 日

函館市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号													
被保険者氏名			個人番号													
			生年月日	年			月			日						
住 所													電話番号			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）													電話番号			
入所（院）年月日 （※）													（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。			

配偶者の有無	有 ・ 無		配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。														
配偶者に関する事項	フリガナ																
	氏 名																
	生年月日	年 月 日			個人番号												
	住 所													電話番号			
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と異なる場合）													電話番号			
課税状況	市町村民税		課税		・		非課税										

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 80 万円以下です。（受給している年金に○してください） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。												
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 80 万円を超え、120 万円以下です。												
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 120 万円を超えます。												
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、 ③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第2号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。												
	預貯金額	円		有価証券 （評価概算額）	円		その他 （現金・負債を 含む）	（ ）※ 円 ※内容を記入してください。						

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額及び最大 2 倍の加算金を返還していただくことがあります。

【函館市記入欄】

生活保護受給者	該当・非該当	老齢福祉年金受給	あり・なし	境 界 層 該 当	あり・なし
市民税課税状況	本人	世帯	配偶者	預 貯 金 等	超 過 ・ 以 下
	課 ・ 非	課 ・ 非	課 ・ 非	決定区分	
有 効 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② ・ 4	
認 定 年 月 日	年 月 日			受付	判 1 判 2 出力

同意書

函館市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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、報告を求めらるることに同意します。

また、函館市長の報告要求に対し、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て構いません。

年 月 日

< 本人 >

住 所 _____

氏 名 _____

< 配偶者 >

住 所 _____

氏 名 _____

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給申請書

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

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

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）

フリガナ		保険者番号																	
被保険者氏名		被保険者番号																	
生年月日		個人番号																	
住 所													電話番号						
備 考																			
<p>函館市長 様</p> <p>前のとおり特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額の減額・免除を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>																			

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

別記第30号様式（第20条関係）

<p>介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 <small>（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証）</small></p>							
交付年月日							
番 号							
住 所							
フリガナ							
氏 名							
生年月日							
適用年月日	から						
有効期限	まで						
減額・免除等 認定事項	給付率 ／100						
被 保 険 者	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">函館市介護保険課 <small>郵便番号 住所 電話番号</small></p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto 10px auto;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">印</p> </div> <p style="text-align: center; margin: 0;">函館市</p>	0	1	2	0	2	1
0	1	2	0	2	1		
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印							

注 意 事 項

- 一 特別養護老人ホームから指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（以下「指定介護福祉施設サービス等」という。）を受けるときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口に提出してください。
- 二 指定介護福祉施設サービス等を受けるときに支払う金額は、介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、介護保険特定負担限度額認定証によって指定介護福祉施設サービスを利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、当該介護保険特定負担限度額認定証に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定証の有効期限に至ったとき、又は特別養護老人ホームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を函館市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 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。
- 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

介護保険特定負担限度額認定申請書

（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）

フリガナ		保険者番号																	
被保険者氏名		被保険者番号																	
生年月日		個人番号																	
住 所													電話番号						
特定負担限度 申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が 年額80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他（ ）																		
備 考																			
函館市長 様 前のおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> 申請者 住所 電話番号 氏名																			

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

介護保険被保険者証等再交付申請書

（あて先） 函 館 市 長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係
申請者住所	〒 電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

被保険者番号		
個人番号		
フリガナ		
被保険者氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	性 別	男 ・ 女
被保険者住所	〒 電話番号	

再交付する 証 明 書	1 被保険者証	5 負担限度額認定証
	2 資格者証（暫定被保険者証）	6 利用者負担額減額・免除等認定証 <small>（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証）</small>
	3 受給資格証明書	7 特定負担限度額認定証 <small>（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証）</small>
	4 利用者負担額減額・免除 認定証	8 負担割合証
再交付の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）	

※第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医 療 保 険 被保険者証記号番号
--------	--	----------------------

第三者行為による被害届（介護保険用）

被害者 (被保険者)	フリガナ					生年月日	明・大・昭・平			
	氏名						年 月 日生			
	被保険者番号					連絡先電話				
	要介護度				認定有効期間	年 月 日～年 月 日				
加害者	氏名	年 月 日生			住所			勤務先	電話	
加害者の 使用者	法人名				住所			代表者	電話	
負傷の日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃				発生場所					
発病の原因 または負傷 時の状況										
傷病または 負傷の程度										
介護サービスの 利用状況	サービス種別		事業所名			利用開始年月日				
自動車事故 の場合の 加害自動車	登録番号または 車両番号					車台 番号				
	自賠責 保険	契会社名				証 明 書 番 号	第	号		
		担当者			電話					
		契約者住所				契約者 氏名				
		所有者住所				所有者 氏名				
	任意 保険 (対人)	契会社名				証 明 書 番 号				
		担当者			電話					
		契約者住所				契約者 氏名				
	所有者住所				所有者 氏名					
損害賠償に関 する交渉の経 過	示談成立の有無	有・無			示談日	年 月 日 成立				
(あて先) 函館市長										
上記のとおり関係書類を添えて届出します。										
年 月 日										
住所 被保険者 氏名										

注1 発病の原因または負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。

注2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に、例えば〇月〇日見舞い品を受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書（写し）を添付してください。

注3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。

注4 後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

年度 介護保険収入状況簡易申告書

次のとおり届出ます。

申告提出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

対象者番号		対象者氏名	
生年月日		職業	
現住所		電話番号	
		世帯主の氏名 及び続柄	

① 所得金額等（ _____ 年1月1日～12月31日までの収入または所得）

所得の種類	① 収入金額	② 必要経費	③ 所得金額(①-②)	備 考
営 業	円	円	円	
不 動 産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
給 与	円	円	円	※特定支出額がある場合は必要経費に記入
年 金	円	円	円	※遺族年金・障害年金等非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を記入してください
そ の 他	円	円	円	
	円	円	円	
住民税課税区分	課 税 ・ 非 課 税			

② 譲渡所得に関する事項

資 産 の 種 類 (○印を付してください)	左 の 資 産 を 取得した年月日	譲 渡 し た 年 月 日	特 別 控 除 額
1 土 地 建 物 等 2 そ の 他 の 資 産	年 月 日	年 月 日	交 換 買 換 ・ 収 用 ・ 居 住 財 産 その他(_____) 円

(お問合せ先)