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。

附　則

この要綱は，令和７年８月１日から実施する。

附　則

この要綱は，令和８年８月１日から実施する。

別記第１号様式（第２条関係）

介 護 保 険 資 格　取 得 ・ 異 動　届

届出年月日	年　月　日

（あて先）函館市長

次のとおり届け出ます。

届出者氏名		被保険者との関係	
届出者住所	〒 電話番号		
届出の事由		異動年月日	年　月　日

※届出者が被保険者本人の場合，届出者住所欄は記載不要

資格　取得・異動　年月日	年　月　日

○変更前

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

○変更後（変更があった欄のみ記入）

フリガナ			
被保険者氏名		世帯主との関係	
被保険者住所	〒 電話番号		
世帯主氏名		生年月日	明･大･昭　年　月　日
		性　別	男　・　女

別記第１号様式の２（第２条関係）

介 護 保 険 資 格 喪 失 届（死亡）

届出日	平成　　年　　月　　日	死亡年月日 平成　　年　　月　　日
届出人	氏名・住所 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 氏名	生年月日			
		明・大 昭・平			

備　考	

扱	本	湯	銭	亀
	戸	恵	椴	南

別記第２号様式（第２条関係）

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〇をつける

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	

別記第１号様式の２（第２条関係）

介 護 保 険 資 格 喪 失 届（死亡）

届出日	平成　　年　　月　　日	死亡年月日 平成　　年　　月　　日
届出人	氏名・住所 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 氏名	生年月日			
		明・大 昭・平			

備　考	

扱	本	湯	銭	亀
	戸	恵	椴	南

別記第２号様式（第２条関係）

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〇をつける

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	

別記第３号様式（第３条関係）

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			
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	□本　人		申請年月日　　年　　月　　日
	□代理人	代理人の氏名	電話（　　）　　－
		住所	本人との関係　（　　）
	□提出代行	該当に○（指定居中介護支援事業者・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，上記住所地以外に入所・入院・滞在している場合）	① □ 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） ② □ 医療機関へ入院している ③ □ その他(上記以外の施設，家族宅等)	施設・病院等の名称 （病棟等） 左記の住所および電話番号	（　　階　　棟） （　　）　　－	
		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	□　自宅へ	□●調査時等の連絡先へ
	□　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

受付印

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
□資格者証	郵便・電子		在		
□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	□本　人		申請年月日　　年　　月　　日
	□代理人	代理人の氏名	電話（　　）　　－
		住所	本人との関係　（　　）
	□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，上記住所地以外に入所・入院・滞在している場合）	① □ 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） ② □ 医療機関へ入院している ③ □ その他(上記以外の施設，家族宅等)	施設・病院等の名称 （病棟等） 左記の住所および電話番号	（　　階　　棟） （　　）　　－
		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	□　自宅へ	□●調査時等の連絡先へ
	□　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**

受付印

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
□資格者証	郵便・電子		在		
□医療保険			施		

介護保険 申請書

□要支援認定(介→支)　□要介護認定(支→介)
□要支援変更認定(支2→支1)　□要介護変更認定(介→介)

別記第5号様式
(第4条第1項,
第5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	□本　人	□重度　□軽度	申請年月日　年　月　日
	□代理人	代理人の氏名	電話 (　　) ー
		住所	本人との関係 (　　)
	□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	

変更の理由	

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 氏　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性　別	男　・　女
	住　所	函館市　町　丁目　番　号　方 〒　ー　電話　ー		
	(※現在, 上記住所地以外に入所・入院・滞在している場合)	① □ 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) ② □ 医療機関へ入院している ③ □ その他(上記以外の施設, 家族宅等)	施設・病院等の名称 (病棟等)	(　階　棟)
			左記の住所および電話番号	(　)　ー
		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 (　)　ー		

●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　ー	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	□ 自宅へ　□●調査時等の連絡先へ
	□ 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

受付印

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
□資格者証	郵便・電子		在		
□医療保険			施		

別記第６号様式（第４条，第５条関係）

函館市長

介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書

にあなたが申請を行った要介護認定・要支援認定の申請について，介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので，認定し通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	

認定結果	

理　由	

「要介護」及び「要支援」の場合，その認定期間等

認定の有効期間	から　　まで

指定サービス	

備　考	

・認定の有効期間内であっても，状態の変化等により状態区分の変更をする場合があります。
　また，認定変更の申請をすることもできます。

・認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは，認定の有効期間の満了の日の６０日前から認定の更新の申請をすることができます。

・サービスの種類の指定を受けた場合は，状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。

・介護認定審査会の意見として，サービスの適切かつ有効な利用等に関しての留意事項がある場合には，
　被保険者証に記載してあります。

問い合わせ先

不服の申立

この決定に不服があるときは，この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に，北海道介護保険審査会に審査請求をすることができます。

問い合わせ先

また，この審査請求に対する裁決を受けた後，なお不服があるときは，裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。），処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても，処分のあった日の翌日から起算して１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起できませんが、次の場合は審査請求の裁決を経ないでも処分の取消しを提起することができます。

①審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

②処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

③その他裁決を経ないことに正当な理由があるとき。

別記第７号様式（第４条，第５条関係）

函館市長

介護保険要介護認定・要支援認定延期通知書

にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定を延期しますので，通知します。

被保険者番号										被保険者氏名	

主な延期理由	

認定見込期間	年　　月　　日まで

◎この通知書は，申請から３０日以内に認定結果をお知らせできない場合にお送りするものです。

◎現在、要介護認定の手続きを進めておりますが，認定のための必要書類（認定調調査票・主治医意見書）がそろわない等の理由で，審査・判定のための認定審査会を開催できておりません。
　必要書類がそろい次第認定審査会を開催し，認定結果をお知らせしますので，もうしばらくお待ちください。（再度、申請する必要はありません。）

◎介護保険資格者証（介護保険暫定被保険証）を同封します。
　お預かりした介護保険被保険者証の代わりとして介護保険の被保険者であることを証明するものですので、認定結果通知書と介護保険被保険者証が届くまで大切に保管してください。
　今回の申請の認定見込期間を「有効期限」として記載しております。

◎認定結果が出る前に，早急に介護サービスを利用する必要のある方は，担当のケアマネジャーまたは函館市保健福祉部介護保険課にご相談ください。

◎更新申請をした方へ
　現在の認定の有効期間中は，現在の介護度でのサービスをご利用いたただけます。

問い合わせ先

別記第８号様式（第４条，第５条関係）

函館市長

介護保険要介護認定・要支援認定等却下通知書

にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請を下記の理由により却下します。

被保険者番号										被保険者氏名		

却　下　年　月　日	年　　月　　日

却下理由

備考

問い合わせ先

不服の申立

この決定に不服があるときは，この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に，北海道介護保険審査会に審査請求をすることができます。

問い合わせ先

また，この審査請求に対する裁決を受けた後，なお不服があるときは，裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。），処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても，処分のあった日の翌日から起算して１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

なお，処分の取消しの訴えは，前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起できませんが，次の場合は審査請求の裁決を経ないでも処分の取消しを提起することができます。

①審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。
②処分，処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
③その他裁決を経ないことに正当な理由があるとき。

別記第９号様式（第４条，第５条関係）

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が，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　　委任者との関係（　　）

氏名　　電話番号　　－　　－

別記第１０号様式（第６条関係）

函館市長

介護保険要介護認定・要支援認定取消通知書

に行われた要介護認定・要支援認定等を下記理由により取り消します。

被保険者番号											被保険者氏名	

取消理由

・被保険者証を本市に提出してください。

提出期限：

ただし，既に被保険者証を提出されている方は，不要です。

問い合わせ先

不服の申立

この決定に不服があるときは，この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に，北海道介護保険審査会に審査請求をすることができます。

問い合わせ先

また，この審査請求に対する裁決を受けた後，なお不服があるときは，裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。），処分の取消しの訴えを提起することができます（処分あったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても，処分のあった日の翌日から起算して１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

なお，処分の取消しの訴えは，前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起できませんが，次の場合は審査請求の裁決を経ないでも処分の取消しを提起することができます。

①審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。
②処分，処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
③その他裁決を経ないことに正当な理由があるとき。

別記第１１号様式（第７条関係）

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			

別記第１２号様式（第７条関係）

函館市長

介護保険サービスの種類指定結果通知書

にあなたが行ったサービスの種類指定変更申請について，要介護認定審査の判定に基づき，次のとおり認定したので通知します。

被保険者番号										被保険者氏名	

指定サービス

理由

問い合わせ先

不服の申立

この決定に不服があるときは，この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に，北海道介護保険審査会に審査請求をすることができます。

問い合わせ先

また，この審査請求に対する裁決を受けた後，なお不服があるときは，裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。），処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても，処分のあった日の翌日から起算して１年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

なお，処分の取消しの訴えは，前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起できませんが，次の場合は審査請求の裁決を経ないでも処分の取消しを提起することができます。

①審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

②処分，処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

③その他裁決を経ないことに正当な理由があるとき。

別記第１３号様式（第８条関係）

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		入所等年月日
	名称		退所等年月日
	種類		入所等年月日
	名称		退所等年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印		０１２０２１ 北海道函館市東雲町４番１３号 TEL（0138）21－3028	函館市　印影

裏面の注意事項を確認してください。

別記第１３号様式（裏）（第８条関係）

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　サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本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　サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、必ずこの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　サービス・活動事業（第一号事業）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拘禁刑の処分を受けます。

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。

別記第１４号様式（第９条関係）

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										

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。

年　　月　　日　　０１２０２１

函館市長

		申 請 年 月 日	年　　月　　日
要介護状態区分		認 定 年 月 日	年　　月　　日
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

１　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，あらためて認定調査等を受けることなく，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。

２　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。

３　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。

４　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。

５　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。

別記第１５号様式（第１０条関係）

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
ﾌﾘｶﾞﾅ	
	個人番号
	生年月日
	明・大・昭　　年　　月　　日

居宅サービス計画の作成を依頼（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）

（あて先）函館市長

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。

年　　月　　日

住所

被保険者　　電話番号　　（　　）

氏名

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、居宅サービス計画の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　居宅サービス計画の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。

別記第15号様式の2（第10条関係）

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
ﾌﾘｶﾞﾅ	
	個人番号
	生年月日
	明・大・昭　　年　　月　　日

介護予防サービス計画の作成を依頼（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の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　　電話番号　　（　　）
氏　名

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の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の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。

別記第１５号様式の３（第１０条関係）

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

（(介護予防）小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護用）

区　分
新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号
ﾌﾘｶﾞﾅ	
	個人番号
	生年月日
	明・大・昭　　年　　月　　日

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（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）
（介護予防）小規模多機能型居宅介護また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（介護予防）サービス等の利用の有無	□　居宅（介護予防）サービス等の利用あり （利用したサービス：　　） □　居宅（介護予防）サービス等の利用なし

※（介護予防）小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅（介護予防）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。）および地域密着型（介護予防）サービス（夜間対応型訪問介護，定期巡回・随時対応型訪問介護看護，認知症対応型通所介護およ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。

（あて先）函館市長

上記の（（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）に居宅（介護予防）サービス計画の作成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、要介護（要支援）認定の申請時に、もしくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成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　居宅（介護予防）サービス計画の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上、必ず函館市に届け出してください。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。

別記第１６号様式（第１１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

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		

函館市長　様

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。

年　　月　　日

〒
住所
申請者　　電話番号
氏名　　個人番号
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

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

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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

別記第１７号様式（第１１条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

サービス提供年月				
受付年月日			決定年月日	
本人支払額				
給付の種類				
支給可否			支給金額	
不支給の理由				
振込口座	金融機関			
	口座種目		口座番号	
	口座名義人			
振込予定日				

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・	支払場所	
			支払期間	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第１８号様式（第１２条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日		要介護度等	
認定有効期間			
住所		電話番号	

福祉用具名（種目名及び商品名）	特定福祉用具販売事業者指定番号	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
（TAIS コード　　）			円	年　月　日
（TAIS コード　　）			円	年　月　日
（TAIS コード　　）			円	年　月　日

福祉用具が必要な理由	

函館市長　様

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。

年　　月　　日

〒

住所　　電話番号

申請者　　被保険者との関係

氏名　　個人番号

※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

代理申請を行う事業所情報	事業所名称	
	事業所種別	

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

別記第１８号様式の２（第１２条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

サービス提供年月				
受付年月日			決定年月日	
本人支払額				
支給可否			支給金額	
不支給の理由				
振込口座	金融機関			
	口座種目		口座番号	
	口座名義人			
振込予定日				

福祉用具	種目		購入金額	
	品目名		支給対象基準額	
窓口払	お持ちいただくもの	・ ・	支払場所	
			支払期間	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第１９号様式（第１３条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給事前申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日		要介護度等	
認定有効期間			
住　　所		電話番号	
住宅の所有者	本人との関係（　　）		
改修の内容・箇所及び規模	□１．手すりの取付け □２．段差の解消 □３．滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 □４．引き戸等への扉の取替え □５．洋式便器等への便器の取替え □６．付帯工事	業者名	
		業者連絡先	
		着工予定日	年　月　日
		完成予定日	年　月　日
改修予定費用	円		

函館市長　様

前のとおり，関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。

年　月　日

〒
住所
申請者　　電話番号
氏名　　被保険者との関係。

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

別記第１９号様式の２（第１３条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認（不承認）通知書

申請年月日に申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修の承認については、次のとおり 決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

受付年月日		決定年月日	
工事の内容	□１．手すりの取付け □２．段差の解消 □３．滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 □４．引き戸等への扉の取替え □５．洋式便器等への便器の取替え □６．付帯工事		
施工業者名			
承認可否			
事前承認番号			
改修予定額		支給限度額（残額）	
支給対象予定額		自己負担額	
不承認の理由			
備考			

担当の介護支援専門員や地域包括支援センターに本通知を受領した旨のお知らせをお願いします。

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第１９号様式の３（第１３条関係）

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	□１．手すりの取付け □２．段差の解消 □３．滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 □４．引き戸等への扉の取替え □５．洋式便器等への便器の取替え □６．付帯工事	業　者　名	
		業者連絡先	
		着　工　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

前のとおり，関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。

年　月　日

〒

住所

申請者　　電話番号

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

別記第１９号様式の４（第１３条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

サービス提供年月				
受付年月日			決定年月日	
本人支払額				
支給可否			支給金額	
不支給の理由				
振込口座	金融機関			
	口座種目		口座番号	
	口座名義人			
振込予定日				

改修の内容				
拠取金額			支給対象基準額	
窓口払	お持ちいただくもの	・ ・	支払場所	
			支払期間	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第２０号様式（第１４条関係）

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

〒
住所
申請者　　電話番号
氏名

市町村記入欄

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

別記第２０号様式の２（第１４条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書

申請年月日に申請のありました，利用者負担額減額・免除認定については，次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

決定年月日	

決定事項	
１　承認する	適用年月日　　（承認内容） 有効期限
２　承認しない	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第２１号様式（第１４条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除認定証

交付年月日

被保険者	番　号	
	住　所	
	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	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		0 1 2 0 2 1 函館市介護保険課 郵便番号 住所 電話番号 函館市　印

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に提出してください。

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拘禁刑の処分を受けます。

別記第２２号様式（第１５条関係）

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		個人番号	
住　　所			電話番号
本人支払額			
備考			

函館市長　様

前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

年　　月　　日

〒

住所

申請者　　電話番号

氏名　　個人番号

※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

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

市（町村）記入欄

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

別記第２２号様式の２（第１５条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

サービス提供年月				
決定年月日				
給付の種類				
支給可否				
本人支払額			支給金額	
不支給の理由				
備　考				
振込口座	金融機関			
	口座種目		口座番号	
	口座名義人			
振込予定日				

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・	支払場所	
			支払期間	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第２３号様式（第１６条関係）

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		生年月日	年　月　日 生	個人番号	
氏　名				計算期間の始期及び終期	年　月 ～　年　月

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世　帯　主 2. 擬制世帯主 3. 世　帯　員		年　月　日から　年　月　日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
012021		函館市介護保険	年　月　日から　年　月　日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀　行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本　店 支　店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
1．窓口払い 2．口座振込	1						1．普通預金 2．当座預金 9．そ の 他		口座名義人		

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1		年　月　日から 年　月　日まで		
	2		年　月　日から 年　月　日まで		
	3		年　月　日から 年　月　日まで		
	4		年　月　日から 年　月　日まで		
	5		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のいずれも丸で囲んで下さい。
　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のみを丸で囲んで下さい。

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、保険者加入暦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する場合には同証明書整理番号を記載して下さい。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・生保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き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。

別記第２４号様式（第１６条関係）

年　　月　　日

函館市長

高額医療合算介護(予防)サービス費支給(不支給)決定通知書

申請年月日に申請のありました高額医療合算介護（予防）サービス費支給については、次のとおり決定 しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給金額	
給付の種類			
支給可否			
備　考			
振込口座	金融機関		
	口座種目		口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・	支払場所	
			支払期間	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第２５号様式（第１７条関係）

裏面あり

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	□	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 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。
	□	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 82.65 万円を超え、120 万円以下です。
	□	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	□	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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別記第２６号様式（第１７条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険負担限度額認定決定通知書

申請年月日に申請のありました，　食費・居住費に係る負担限度額認定については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

決定年月日	

決定事項		
１ 承認する	適用年月日 有効期限	（承認内容）
２ 承認しない		
備考		

課税層に対する特例減額措置者の場合、課税層に対する特例減額措置の要件に該当しなくなった場合には負担限度額認定証を返還する必要があります。

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第２７号様式（第１８条，第１９条関係）

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		要介護度等	
認定有効期間			
住　　所		電話番号	
支払った利用者負担額	支払った期間　　年　月　日から　年　月　日まで 支払った利用者負担額　食費　　円・居住費等　　円		
施設サービスの提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号		

負担限度額認定証	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			

函館市長　様

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。

年　月　日

〒
住所
申請者　　電話番号
氏名　　個人番号
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。

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

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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

別記第２７号様式の２（第１８条，第１９条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

受付年月日			決定年月日	
本人支払額				
給付の種類				
支給可否			支給金額	
不支給の理由				
振込口座	金融機関			
	口座種目		口座番号	
	口座名義人			
振込予定日				

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・	支払場所	
			支払期間	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第２８号様式（第２０条関係）

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			

函館市長　様

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。

年　　月　　日

〒
住所
申請者　　電話番号
氏名

市町村記入欄

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

別記第２９号様式（第２０条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書
（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）

申請年月日に申請のありました，利用者負担額減額・免除認定については，次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

決定年月日	

決定事項	
１　承認する	適用年月日　　（承認内容） 有効期限
２　承認しない	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第３０号様式（第２０条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証
（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）

交付年月日

被保険者	番　号	
	住　所	
	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	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
保険者番号並びに保険者の名称及び印		0 1 2 0 2 1 函館市介護保険課 郵便番号 住所 電話番号 函館市　　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拘禁刑の処分を受けます。

別記第３１号様式（第２１条関係）

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８２．６５万円以下のもの等 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

前のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。

年　　月　　日

〒
住所
申請者　　電話番号
氏名

市町村記入欄

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

別記第３１号様式の２（第２１条関係）

年　　月　　日

函館市長

介護保険特定負担限度額認定決定通知書
（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）

申請年月日に申請のありました，食費・居住費に係る特定負担限度額認定については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

決定年月日	

決定事項	
１　承認する	適用年月日　　（承認内容） 有効期限
２　承認しない	

（お問合わせ先）
函館市介護保険課
住 所
電話番号　　FAX 番号
メール

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、北海道介護保険審査会（ 郵便番号 住所 電話：電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）提起することができます。

ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

１ 審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

２ 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

３ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

別記第３２号様式（第２２条関係）

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 （特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証）
	３　受給資格証明書	７　特定負担限度額認定証 （特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証）
	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	

別記第３３号様式（第２３条関係）

新　規

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　年　月　日生	
	氏名				
	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	契約会社名	担当者　電話	証明書番号	第　号
		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）	契約会社名	担当者　電話	証明書番号	
		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。
２　損害賠償に関する交渉の経過は，詳細に，例えば○月○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。
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。
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。

別記第３４号様式（第２５条関係）

年　月　日

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	Ⓐ収入金額	Ⓑ必要経費	Ⓒ所得金額（Ⓐ－Ⓑ）	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	
その他	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）