

新潟県柏崎市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新潟県柏崎市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する条例（平成29年条例第10号。以下「条例」という。）及び新潟県柏崎市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する条例施行規則（平成29年規則第27号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱における用語は、この要綱において定めるもののほか、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、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。）、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年3月厚生労働省告示第196号）及び地域支援事業の実施について（平成18年6月9日付け老発第0609001号厚生労働省老健局長通知。以下「通知」という。）で使用する用語の例による。

(事業構成及び事業内容)

第3条 法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の事業構成及び事業内容は、別表第1のとおりとし、地域の実情に応じて実施するものとする。

(事業の対象者)

第4条 介護予防・日常生活支援サービス事業の対象となる者は、本市に住所を有する次の各号のいずれかに該当する者であって、当該サービスを提供する必要があると市長が認めるもの（以下「居宅要支援被保険者等」という。）とする。

- (1) 法第115条の45第1項第1号に規定する居宅要支援被保険者であって、地域包括支援センター等の第1号介護予防支援事業（以下「介護予防ケアマネジメント事業」という。）を受けたものの
- (2) 第1号被保険者であって、介護予防・日常生活支援総合事業確認票兼申込書（別記第1号様式）により申込みを行った者で、基本チェックリスト（別記第2号様式）表面の記入内容が同様式裏

面の事業対象者に該当する基準の表の左欄に掲げるいずれかの基準に該当し、かつ、地域包括支援センター等の介護予防ケアマネジメントを受けたもの（以下「事業対象者」という。）

- (3) 要介護被保険者であって、要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービス（以下この号において「要介護認定によるサービス」という。）を受ける日以前に前2号のいずれかに該当し、補助により実施される介護予防・日常生活支援サービス（以下この号において「補助サービス」という。）を受けていたもののうち、要介護認定によるサービスを受けた日以後も継続的に補助サービスを受けるもの

2 一般介護予防事業の対象者は、第1号被保険者及びその支援のための活動に関わる者とする。

（サービスの提供方法）

第5条 総合事業の各サービスは、市が直接実施するほか、次の各号のいずれかの方法により提供するものとする。

- (1) 法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者（以下「指定事業者」という。）により実施する方法
- (2) 省令第140条の69に定める基準に適合する者に委託して実施する方法
- (3) 地域において活動している特定非営利活動法人、ボランティア団体等が居宅要支援被保険者等及び一般高齢者に行うサービス提供に対して、総合事業を開始するために要する費用を補助して実施する方法

（サービス事業の利用）

第6条 前条の規定によるサービスの提供を受ける場合には、法第115条の45第1項第1号ニに規定する介護予防ケアマネジメント事業による援助を受けることについて、当該援助を受ける者の氏名、生年月日、住所、個人番号その他市長が必要と認める事項を記載した介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（別記第3号様式）を市長に届け出なければならない。

2 市長は、前項に規定する届出をした者のうち、当該者が事業対象

者である場合は、基本チェックリストの実施日等を被保険者証に記載し、事業対象者に返付するものとする。

- 3 第1項に規定する届出は、居宅要支援被保険者等に代わって、介護予防ケアマネジメント事業を行う地域包括支援センターが行うことができる。

(利用料)

第7条 総合事業の利用者は、法第115条の45第9項に基づき、別表第2に定める利用料を負担するものとする。

- 2 法第59条の2第1項に規定する介護保険法施行令(平成10年政令第412号。以下「政令」という。)で定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等(次項に規定する居宅要支援被保険者等を除く。)に係る利用料について別表第2の規定を適用する場合においては、同表中「100分の10」とあるのは、「100分の20」とする。

- 3 法第59条の2第2項に規定する政令で定めるところにより算定した所得の額が前項の政令で定める額を超える政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等に係る利用料について別表第2の規定を適用する場合においては、同表中「100分の10」とあるのは、「100分の30」とする。

- 4 総合事業を利用する際に実費が生じるときは、その費用は、利用者の負担とする。ただし、市長が特に必要があると認めるときは、この限りでない。

- 5 第1項から第3項の利用料については、総合事業の各サービスを提供する者が徴収する。

(第1号事業支給費)

第8条 市長は、条例第4条第1号に掲げるサービスに要した費用について、第1号事業支給費(法第115条の45の3第1項に規定する第1号事業支給費をいう。以下同じ。)を支給する。

- 2 第1号事業支給費の支給を受けようとする者は、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(償還払い用)(別記第4号様式)を市長に提出しなければならない。

- 3 市長は、前項の介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費支給申請書が提出されたときは、内容を審査してその適否を決定し、その結果を介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費

支給（不支給）決定通知書（償還払い用）（別記第5号様式）により当該申請者に通知するものとする。

- 4 前2項の規定にかかわらず、施行規則第2条第1項第7号に規定する法定代理受領サービスに該当するサービスが提供された場合は、第1号事業支給費を利用者に代わり指定事業者に支払うことができるものとする。この場合において、次項の規定により市長が第1号事業支給費に係る審査及び支払に関する事務を新潟県国民健康保険団体連合会に委託して行う場合における第1号事業支給費の支給については、サービスを提供した指定事業者が新潟県国民健康保険団体連合会に対して直接請求することにより行うものとする。
- 5 市長は、第1号事業支給費に係る審査及び支払に関する事務を、法第115条の45の3第6項の規定により新潟県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。
- 6 市長は、前項の規定による新潟県国民健康保険団体連合会への委託の範囲を超えた審査及び支払に関する事務については、直接行うものとする。
- 7 法第115条の45の3第2項に規定する第1号事業支給費の額は、市長が別に定める費用の額に100分の90を乗じて得た額とする。
- 8 前条第2項に規定する居宅要支援被保険者等に係る第1号事業支給費の額について前項の規定を適用する場合においては、前項中「100分の90」とあるのは「100分の80」とし、前条第3項に規定する居宅要支援被保険者等に係る第1号事業支給費の額について前項の規定を適用する場合においては、前項中「100分の90」とあるのは「100分の70」とする。
- 9 前2項の規定にかかわらず、市長が災害その他の省令第97条第1項各号の規定の例による特別の事情があることにより、第1号事業に必要な費用を負担することが困難であると認めた居宅要支援被保険者等に係る第1号事業支給費については、第7項中「100分の90」とあり、並びに前項中「100分の80」及び「100分の70」とあるのは、新潟県柏崎市介護保険条例施行規則（平成

12年規則第48号)第20条第1項で定める割合とする。

- 10 第4条第1項に規定する者が、心身の状態の悪化等により要介護認定等の申請を行い、要介護1以上の認定がなされた場合、又は、認定更新結果の遅延により、要介護1以上の認定がなされた場合であっても、市長が必要と認める場合は、前項までの規定により第1号事業支給費を支給する。

(給付管理)

第9条 居宅要支援被保険者が総合事業を利用する場合には、介護予防給付の支給限度額の範囲内で介護予防給付と総合事業(指定事業者のサービスに限る。)を一体的に給付管理するものとする。

- 2 事業対象者は、指定事業者が提供するサービスを利用する場合に限り、要支援認定区分が要支援1の介護予防給付の区分支給限度額の範囲内で給付管理を行う。ただし、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるケース等、利用者の状態によって区分支給限度額を超える場合においては、要支援2の介護予防給付の区分支給限度額の範囲内で給付管理を行うことができるものとする。

(高額介護予防サービス費等相当事業)

第10条 市長は、高額介護予防サービス費相当事業及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業(以下「高額介護予防サービス費等相当事業」という。)を行うものとする。

- 2 前項の高額介護予防サービス費等相当事業の対象とするサービスの種類は、介護予防・生活支援サービス事業のうち、次の事業とする。

- (1) 介護予防訪問介護相当サービス事業
- (2) 柏崎市訪問型サービスA事業
- (3) 介護予防通所介護相当サービス事業
- (4) 柏崎市通所型サービスA事業

- 3 高額介護予防サービス費等相当事業の利用者負担段階及び自己負担限度額等については、法第61条及び第61条の2の規定を準用する。

- 4 第1項の事業費の申請は、高額介護予防サービス費相当事業費支

給申請書（別記第6号様式）及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（別記第7号様式）によるものとする。

- 5 前項に規定する申請に対する事業費の支給又は不支給を決定したときは、高額介護予防サービス費相当事業費支給（不支給）決定通知書（別記第8号様式）及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業費支給（不支給）決定通知書（別記第9号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（指定事業者が実施する事業）

第11条 別表第1に規定する介護予防訪問介護相当サービス事業、柏崎市訪問型サービスA事業、介護予防通所介護相当サービス事業及び柏崎市通所型サービスA事業は、指定事業者が実施するものとする。

（利用者の遵守事項）

第12条 サービス利用者は、サービスの利用による健康被害を防止するために定期的に健康診断を受診するほか、自己の健康管理に努めなければならない。

- 2 サービス利用者は、サービスの利用に当たり、健康状態に変化があったときは、速やかに市長又は第5条各号に規定する総合事業の各サービス提供者に報告しなければならない。

（守秘義務）

第13条 総合事業を提供する者又は実施していた者は、サービス利用者の人権を尊重するとともに、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

（その他）

第14条 この要綱に定めるもののほか、総合事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、改正後の第8条第9項の規定は、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、改正後の第8条第1項及び第10項の規定は、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、改正後の第7条第1項の規定は、令和2年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別表第1（第3条関係）

事業構成		事業内容	
介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）	訪問型サービス事業	介護予防訪問介護相当サービス事業	介護予防を目的として、訪問介護員等により行われる入浴、排せつ、食事等の身体介護や生活援助を実施する。
		柏崎市訪問型サービスA事業	調理・清掃・買物等の生活支援サービスを実施する。
		柏崎市訪問型サービスB事業	住民主体による訪問型サービス事業の開始に要する経費に対して補助（助成）を行う。
		柏崎市訪問型サービスC事業	保健・医療の専門職が、心身の機能低下がある者に対し、訪問による指導、助言を行う。
		柏崎市訪問型サービスD事業	移送前後の生活支援を行う。
	1通所型サービス事業（第1号事業）	介護予防通所介護相当サービス事業	介護予防を目的として、施設に通わせ、当該施設において、一定の期間、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援及び機能訓練を実施する。
		柏崎市通所型サービスA事業	生活機能の維持向上のための運動、レクリエーション等を実施する。
		柏崎市通所型サービスB事業	住民主体による通所型サービス事業の開始に要する経費等に対し、補助（助成）を行う。
		柏崎市通所型サービスC事業	保健・医療の専門職が生活機能向上のための運動機能、身体機能の向上トレーニングを実施する。
	その他生活支援サービス事業（第1号生活支援事業）	地域における自立した日常生活の支援のため、訪問型サービスと一体的に実施する。	
介護予防ケアマネジメント事業（第1号介護予防支援事業）	居宅要支援被保険者等に対し、予防サービスその他適切なサービスを提供する。また、居宅サービス率の向上を図る。		
一般介護予防事業	介護予防把握事業	民生委員、関係機関等からの情報提供により、関係機関等から何らかの情報を把握し、介護予防活動につなげる。	
	介護予防普及啓発事業	介護予防に関する基本的な知識を普及啓発するためのパンフレットの配布、講演会、相談会、介護予防教室等を行う。	
	地域介護予防活動支援事業	地域における住民団体等が行う活動を支援し、活動費等を補助する。	

	<p>地域リハビリテーション活動支援事業</p>	<p>リハビリテーション専門職が住民主体の通いの場やサービス提供事業所において、指導者等に対し、介護予防に関する技術的助言及び支援を行う。</p>
	<p>一般介護予防事業評価事業</p>	<p>一般介護予防事業の実施方法の改善等を図るために、その達成状況の検証等により評価・改善を行う。</p>

別表第2（第7条関係）

事業構成		利用料		
介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）	訪問型サービス事業	介護予防訪問介護相当サービス事業	市長が別に定める費用の額に100分の10を乗じて得た額	
	（第1号事業）	柏崎市訪問型サービスA	市長が別に定める費用の額に100分の10を乗じて得た額	
		柏崎市訪問型サービスB	市長が別に定める額	
		柏崎市訪問型サービスC	市長が別に定める額	
		柏崎市訪問型サービスD	市長が別に定める額	
	（第1号事業）	通所型サービス事業	介護予防通所介護相当サービス事業	市長が別に定める費用の額に100分の10を乗じて得た額
		柏崎市通所型サービスA	市長が別に定める費用の額に100分の10を乗じて得た額	
		柏崎市通所型サービスB	市長が別に定める額	
		柏崎市通所型サービスC	市長が別に定める額	
	その他生活支援サービス事業（第1号生活支援事業）		市長が別に定める額	
	介護予防ケアマネジメント事業（第1号介護予防支援事業）		なし	
	一般介護予防事業		市長が別に定める額	

別記

第1号様式（第4条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業 確認票兼申込書

※ は、申込者が記入

本人	被保険者番号										
	住所										
	ふりがな										
	氏名										
	生年月日				年			月			日生
					(歳)		
	現在の介護度	要支援(1・2) ・ 要介護() ・ 新規									
有効期限満了日				年			月			日終了 ※認定者のみ記入	
代理申込みの場合 <small>(本人以外が 申し込む場合 のみ記入)</small>	代理人氏名	(続柄)									
	代理申込理由	入院中 ・ 一人で歩けない ・ 本人に頼まれた その他()									
今、困っていること											
希望するサービス											

(受付日 / /)

受付者		介護高齢課 () ()地域包括支援センター								
チェックリスト実施日	年 月 日									
チェックリスト実施者	氏名				窓口本人確認		(顔写真付き証明書1点) ・ 運転免許証・パスポート・身体障害者手帳 (顔写真付きでない証明書2点) ・ 健康保険証・年金手帳など			

（ 表 ）

基本チェックリスト

被 保 険 者 番 号

記 入 日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			(歳)
住所		電 話	()

No	質 問 項 目	回 答：い ず れ か に ○ を お 付 け く だ さ い	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談に乗っていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありますか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) <small>(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする</small>		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) 訳もなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

介 護 予 防 ・ 日 常 生 活 支 援 総 合 事 業 の 利 用 に 当 た り、 利 用 者 の 状 況 を 把 握 す る 必 要 が あ る と き は、 基 本 チェックリスト、基本情報を本事業の実施に必要な範囲で関係する者へ提示することに同意します。

氏 名 (自 署) _____

(裏)

事業対象者に該当する基準

① 表面の質問項目（以下「質問項目」という。）No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	日常生活機能の低下
② 質問項目No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能の低下
③ 質問項目No. 11～12の2項目全てに該当	栄養状態の低下
④ 質問項目No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下
⑤ 質問項目No. 16、17のうちNo. 16に該当	閉じこもり
⑥ 質問項目No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知症初期
⑦ 質問項目No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	心の悩み

第3号様式（第6条関係）

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									
				年 月 日									
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													
地域包括支援センター名				地域包括支援センターの所在地									
				〒									
				電話番号 ()									
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号						サービス開始（変更）年月日							
						年 月 日							
地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。													
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地									
				〒									
				電話番号									
柏崎市長 様 上記の地域包括支援センターに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													
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター番号											

介護予防サービス・支援計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所が、介護予防ケアマネジメントの提供に当たり、調査を依頼する際、被保険者の状況・介護事業所を把握する必要がある範囲で提示すること。

年 月 日 氏名

(注意) 1 この届出書は、速やかに対策を講ずる必要がある。2 この届出書は、速やかに対策を講ずる必要がある。3 この届出書は、速やかに対策を講ずる必要がある。

第4号様式（第8条関係）

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（償還払い用）

（ 年 月分）

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日		年		月		日														
住所	〒																			
	電話番号																			
支払金額合計	円																			
申請理由																				
<p>柏崎市長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて介護保険・日常生活支援総合事業第1号事業支給費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 電話番号</p>																				

注意：この申請書の裏面に該当月分の領収証、サービス提供証明書を添付してください。

上記の給付費を下記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）※																			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する																			
	口座振替依頼欄	座	銀行・農協 金庫 信用組合				本店 支店 出張所			種目		口座番号								
			金融機関コード				店舗コード			1 普通預金										
										2 当座預金										
							3 その他													
		フリガナ 口座名義人																		

※ 利用するにはマイナポータルで公金受取口座の登録が必要です。
また、公金受取口座は申請者の口座に限ります。

第 5 号 様 式 （ 第 8 条 関 係 ）

年 月 日

様

柏崎市長



介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費
支給（不支給）決定通知書（償還払い用）

先に申請のありました第1号事業支給費について、次のとおり決定しましたので、通知します。

被保険者氏名		被保険者番号																		
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービス提供年月	年 月																			
受付年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日													
本人支払額	円																			
サービスの種類																				
決定内容	支給・不支給		支給金額		円															
不支給・減額の理由																				

支 払 方 法				
窓 口 払		口 座 払		
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑 	振 込 先	金融機関	
			口座種目	
支払場所			口座番号	
支払期間	年 月 日 ~ 年 月 日 月曜から金曜まで 午前 時~午後 時		口座名義人	
		振 込 日	年 月 日	

問合せ先

高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号												
		個人番号												
生年月日		年 月 日												
住 所		〒												
該当月分の 支払額合計		円												
		氏 名		生年月日		性別		介護保険の被保険者の場合 被 保 険 者 番 号						
世 帯 構 成	世 帯 主													
	世 帯 員													
柏崎市長様 上記のとおり、関係書類を添えて高額介護予防サービス費相当事業費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号														

- 注意・今回の支給以降、高額介護予防サービス費相当事業費が支給される場合、申請手続は、不要となります。また、支給金額は、今回申請した指定口座に振り込まれます。
- ・給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス費相当事業費が支給できない場合があります。
 - ・この申請書の裏面に領収証を添付してください。

高額介護予防サービス費相当事業費を下記の口座に振り込んでください。

受 取 口 座 振 替 依 頼 欄	<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）※									
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
	銀行・農協 金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種 目		口 座 番 号			
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
	フリガナ 口座名義人									

※ 利用するにはマイナポータルで公金受取口座の登録が必要です。
また、公金受取口座は申請者の口座に限ります。

第7号様式（第10条関係）

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費支給申請書 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	被保険者証番号	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	被保険者証番号	保険者名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

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） ※利用するにはマイナポータルで公金受取口座の登録が必要です。また、公金受取口座は申請者の口座に限ります。

振込口座を指定する

支給方法	口座管理	振込口座	銀行・農協	金融機関	本店	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座
1 窓口払い 2 口座払い	1	記入欄	金庫 信用組合		支店 出張所		1 普通預金 2 当座預金		口座名義人	管理番号

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
	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					

柏崎市長 様

年 月 日

- ① 上記の対象者について、高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給を申請します。
 ② 上記の対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

住 所
申請者
氏 名
電話番号

※ 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○で囲んでください。
 高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給申請を行う場合、①のみを○で囲んでください。

年 月 日

様

柏崎市長

印

高額介護予防サービス費相当事業費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました事業費については、次のとおり決定しましたので、通知します。

被保険者氏名				被保険者番号										
サービス提供年月	年 月													
受付年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日							
本人支払額	円													
事業費の種類														
決定内容	支給・不支給													
不支給・減額の理由														
支給決定額	円			支給金額	円									
支 払 方 法														
窓 口 払					口 座 払									
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> この通知書 介護保険被保険者証 申請書に使用した印鑑 				振 込 先	金融機関								
						口座種目								
支払場所						口座番号								
支払期間	年 月 日				振 込 日	口座名義人								
	月曜から金曜まで 午前 時～午後 時					年 月 日								

問合せ先

年 月 日

様

柏崎市長

印

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました事業費については、次のとおり決定しましたので、通知します。

被保険者氏名				被保険者番号										
計算対象期間	年 月 日			～	年 月 日									
申請年月日	年 月 日			決定年月日	年 月 日									
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円			支給金額	円									
事業費の種類														
決定内容	支給・不支給													
不支給・減額の理由														
備考														
支 払 方 法														
窓 口 払						口 座 払								
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑 					振 込 先	金融機関							
支払場所							口座種目							
支払期間	年 月 日 ～ 年 月 日 月曜から金曜まで 午前 時 ～ 午後 時						口座番号							
						口座名義人								
						振込日	年 月 日							

問合せ先