

介護保険高額介護サービス費等支給申請書（案）

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書  
（ 年 月分）

|                |       |       |      |        |                        |     |  |  |  |
|----------------|-------|-------|------|--------|------------------------|-----|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名 |       | ----- |      | 保険者番号  |                        |     |  |  |  |
|                |       |       |      | 被保険者番号 |                        |     |  |  |  |
| 生年月日           | 明・大・昭 | 年     | 月    | 日生     | 性別                     | 男・女 |  |  |  |
| 住所             | 〒     |       |      | 電話番号   |                        |     |  |  |  |
| 該当月分の<br>支払額合計 |       |       |      |        |                        |     |  |  |  |
|                |       | 氏名    | 生年月日 | 性別     | 介護保険の被保険者の場合<br>被保険者番号 |     |  |  |  |
| 世帯構成           | 世帯主   |       |      |        |                        |     |  |  |  |
|                | 世帯員   |       |      |        |                        |     |  |  |  |
|                |       |       |      |        |                        |     |  |  |  |

〇〇市（町村）長 様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）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

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給が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（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

|               |                    |       |                 |  |        |      |  |  |  |
|---------------|--------------------|-------|-----------------|--|--------|------|--|--|--|
| 口座振替<br>依頼欄   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |       | 本店<br>支店<br>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<br>口座名義人 |                    | ----- |                 |  |        |      |  |  |  |

市（町村）記入欄

|      |            |            |             |                      |  |  |  |  |  |
|------|------------|------------|-------------|----------------------|--|--|--|--|--|
| 区分   | 世帯集約<br>番号 | 領収書<br>確認欄 | 給付制限<br>状況  | 備 考<br>(所得分布の状況等を把握) |  |  |  |  |  |
| 1 単独 |            |            | 有・無<br>給付割合 |                      |  |  |  |  |  |
| 2 合算 |            |            |             |                      |  |  |  |  |  |

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書（案）

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

|  |           |         |        |       |       |       |
|--|-----------|---------|--------|-------|-------|-------|
| フリガナ<br>被保険者氏名   | -----     |         | 保険者番号  | ----- | ----- | ----- |
|  | -----     |         | 被保険者番号 | ----- | ----- | ----- |
| 生年月日   | 明・大・昭     | 年       | 月      | 日生    | 性別    | 男・女   |
| 住 所  | 〒         |         | 電話番号   |       |       |       |
| 支払った   | 支払った期間    | 年 月 日から |        | 年 月 日 |       |       |
| 標準負担額等   | 支払った標準負担額 | 円       |        |       |       |       |
| 食事の提供を受けた<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称  | 〒         |         | 電話番号   |       |       |       |
| 既に減額認定証の<br>交付を受けている<br>方のみ記入  | 交付年月日     | 年 月 日   |        |       |       |       |
|  | 適用年月日     | 年 月 日   |        |       |       |       |
| 減額認定証の交付<br>申請又は証を提出<br>できなかった理由   |           |         |        |       |       |       |
| <p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食事に係る標準負担額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> |           |         |        |       |       |       |

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|               |                    |                 |        |       |  |
|---------------|--------------------|-----------------|--------|-------|--|
| 口座振替<br>依頼欄   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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<br>口座名義人 |                    | -----           |        |       |  |

市（町村）記入欄

|            |     |
|------------|-----|
| 領収証<br>確認欄 | 備 考 |
|            |     |

受付番号

指定市町村事務受託法人 指定申請書

年 月 日

知事 殿

所在地  
申請者  
名称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事務所所在地市町村番号

|                      |                            |                                  |       |                              |
|----------------------|----------------------------|----------------------------------|-------|------------------------------|
| 申請者                  | フリガナ<br>名称                 |                                  |       |                              |
|                      | 主たる事務所の<br>所在地             | (郵便番号 - )<br>都道 郡市<br>府県 区       |       |                              |
|                      |                            | (ビルの名称等)                         |       |                              |
|                      | 連絡先                        | 電話番号                             |       | FAX番号                        |
|                      | 法人の種別                      |                                  | 法人所轄庁 |                              |
|                      | 代表者の職・<br>氏名・生年月日          | 職名                               | フリガナ  | 生年月日                         |
|                      |                            |                                  | 氏名    |                              |
| 代表者の住所               | (郵便番号 - )<br>都道 郡市<br>府県 区 |                                  |       |                              |
|                      | (ビルの名称等)                   |                                  |       |                              |
| 指定を受けようとする事務所        | 事務所の所在地                    | (郵便番号 - )<br>都道 郡市<br>府県 区       |       |                              |
|                      |                            | (ビルの名称等)                         |       |                              |
|                      | 事務所連絡先                     | 電話番号                             |       | FAX番号                        |
| 指定を受けようとする事務         |                            | 法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務(照会等事務)     |       |                              |
|                      |                            | 法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務(要介護認定調査事務) |       |                              |
| 居宅サービス               | 既に指定等を受けている事業等の種類          |                                  | 実施事業  | 既に指定等を受けている事業等の<br>指定(許可)年月日 |
|                      | 訪問介護                       |                                  |       |                              |
|                      | 訪問入浴介護                     |                                  |       |                              |
|                      | 訪問看護                       |                                  |       |                              |
|                      | 訪問リハビリテーション                |                                  |       |                              |
|                      | 居宅療養管理指導                   |                                  |       |                              |
|                      | 通所介護                       |                                  |       |                              |
|                      | 通所リハビリテーション                |                                  |       |                              |
|                      | 短期入所生活介護                   |                                  |       |                              |
|                      | 短期入所療養介護                   |                                  |       |                              |
|                      | 特定施設入居者生活介護                |                                  |       |                              |
|                      | 福祉用具貸与                     |                                  |       |                              |
|                      | 特定福祉用具販売                   |                                  |       |                              |
| 地域密着型サービス            | 夜間対応型訪問介護                  |                                  |       |                              |
|                      | 認知症対応型通所介護                 |                                  |       |                              |
|                      | 小規模多機能型居宅介護                |                                  |       |                              |
|                      | 認知症対応型共同生活介護               |                                  |       |                              |
|                      | 地域密着型特定施設入居者生活介護           |                                  |       |                              |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |                            |                                  |       |                              |

|                  |                    |                |  |
|------------------|--------------------|----------------|--|
| 居宅介護支援事業者        |                    |                |  |
| 施設               | 介護老人福祉施設           |                |  |
|                  | 介護老人保健施設           |                |  |
|                  | 介護療養型医療施設          |                |  |
| 介護予防サービス         | 介護予防訪問介護           |                |  |
|                  | 介護予防訪問入浴介護         |                |  |
|                  | 介護予防訪問看護           |                |  |
|                  | 介護予防訪問リハビリテーション    |                |  |
|                  | 介護予防居宅療養管理指導       |                |  |
|                  | 介護予防通所介護           |                |  |
|                  | 介護予防通所リハビリテーション    |                |  |
|                  | 介護予防短期入所生活介護       |                |  |
|                  | 介護予防短期入所療養介護       |                |  |
|                  | 介護予防特定施設入居者生活介護    |                |  |
|                  | 介護予防福祉用具貸与         |                |  |
|                  | 特定介護予防福祉用具販売       |                |  |
|                  | 地域包括型介護予防サービス      | 介護予防認知症対応型通所介護 |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  |                    |                |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 |                    |                |  |
| 介護保険事業者番号        | (既に指定又は許可を受けている場合) |                |  |
| 医療機関コード等         |                    |                |  |

- 備考
- 「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
  - 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
  - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
  - 「受託をしようとする事務」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。
  - 「実施事業」欄は、既に指定等を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保健施設として指定（許可）された年月日（法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12年4月1日」）を記載してください。
  - 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

介護保険法施行令第11条の2第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

知 事 殿

住 所

申請者

氏 名 (法人名及び代表者名)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

【介護保険法施行令第11条の2第2項】

- 一 当該申請に係る事務所の介護支援専門員の人員が、厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき（法第二十四条の二第一項第二号の事務を受託しようとする場合に限る。）。
- 二 申請者が、厚生労働省令で定める受託事務の運営に関する基準に従って適正な受託事務の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 申請者が、居宅サービス等（法第二十三条に規定する居宅サービス等をいう。以下この条及び第十一条の五において同じ。）を提供しているとき。ただし、厚生労働省令で定める特別の事情があると都道府県知事が認めるときは、この限りではない。
- 四 申請者が、法及び第三十五条の二各号に掲げる法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、第十一条の五第一項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。
- 六 申請者が、第十一条の五第一項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等又は受託事務に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 八 申請者の役員等（法第七十条第二項第六号に規定する役員等をいう。）のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
  - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
  - ロ 第四号又は前号に該当する者
  - ハ 第十一条の五第一項の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
  - ニ 第六号に規定する期間内に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出の日から起算して五年を経過しないもの

変更届出書

年 月 日

知事 殿

住所  
申請者（所在地）  
氏名  
（名称及び代表者氏名）

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|              |   |       |
|--------------|---|-------|
| 指定内容を変更した事務所 |   | 名称    |
|              |   | 所在地   |
| 受託事務の種類      |   |       |
| 変更があった事項     |   | 変更の内容 |
| 1            | 事務所の名称                                  | (変更前) |
| 2            | 事務所の所在地                                 |       |
| 3            | 申請者の名称                                  |       |
| 4            | 主たる事務所の所在地                              |       |
| 5            | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                      |       |
| 6            | 定款・寄附行為及びその登記事項証明書等<br>(当該事務に関するものに限る。) | (変更後) |
| 7            | 事務所の建物の構造、専用区画等                         |       |
| 8            | 事務所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴                  |       |
| 9            | 運営規程                                    |       |
| 10           | 役員の氏名、生年月日及び住所                          |       |
| 11           | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号                      |       |
| 変更年月日        |   | 年 月 日 |

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

知事 殿

住所  
申請者（所在地）  
氏名  
（名称及び代表者氏名）

次のとおり受託事務の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

|                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| 廃止（休止・再開）する事務所                        | 名称           |
|                                       | 所在地          |
| 休止・廃止・再開の別                            | 休止 ・ 廃止 ・ 再開 |
| 休止・廃止・再開した年月日                         | 年 月 日        |
| 休止・廃止した理由                             |              |
| 現に事務を受託している市町村に対する措置<br>（休止・廃止した場合のみ） |              |
| 休止予定期間                                | 年 月 日～ 年 月 日 |

備考 受託事務の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める当該受託事務に係る職員  
の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

受付番号

指定市町村事務受託法人 指定更新申請書

年 月 日

知事 殿 所在地  
申請者 名称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                             |                   |  |                              |        |
|-----------------------------|-------------------|--|------------------------------|--------|
|                             |                   | 事務所所在地市町村番号                            |                              |        |
| 申請者                         | フリガナ<br>名称        | -----                                  |                              |        |
|                             | 主たる事務所の<br>所在地    | (郵便番号 - )<br>都道 郡市<br>府県 区<br>(ビルの名称等) |                              |        |
|                             | 連絡先               | 電話番号                                   |                              | FAX番号  |
|                             | 法人の種別             |  | 法人所轄庁                        |        |
|                             | 代表者の職・<br>氏名・生年月日 | 職名                                     | フリガナ<br>氏名                   | 生年月日   |
|                             | 代表者の住所            | (郵便番号 - )<br>都道 郡市<br>府県 区<br>(ビルの名称等) |                              |        |
| 指定更新を受けようとする事務所             | フリガナ<br>名称        | -----                                  |                              |        |
|                             | 事務所の所在地           | (郵便番号 - )<br>都道 郡市<br>府県 区<br>(ビルの名称等) |                              |        |
|                             | 事務所連絡先            | 電話番号                                   |                              | FAX番号  |
|                             | 指定更新を受けようとする事務    |  | 法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務(照会等事務) |        |
|                             |                   | 法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務(要介護認定調査事務)       |                              |        |
| 管理者の氏名、生年月日                 | フリガナ              |  | 生年月日                         | 住所・経歴  |
| 住所及び経歴                      | 氏名                |  |                              | 別添のとおり |
| 現に受けている指定の有効期間満了日           |                   |  |                              |        |
| 役員の名、生年月日及び住所               |                   |  | 別添のとおり                       |        |
| 施行規則第34条の3各号に該当しないことを誓約する書面 |                   |  | 別添のとおり                       |        |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号          |                   |  | 別添のとおり                       |        |

- 備考 1 「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。  
 3 「指定更新を受けようとする事務」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。