

押印を求める手続の 見直しについてのお知らせ

令和3年3月 山口市介護保険課

平素から、介護保険事業の円滑な運営にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

行政手続の市民の負担軽減及び行政手続のデジタル化の推進を図るために、介護保険課に関する事務手続きについても、押印を求める手続きを見直します。

見直し対象の手続きについては、様式を改訂しております。なお、従来の様式についても、読み替えのうえ引き続きご利用は可能です。

ご多忙の折、大変恐縮ですが、ご理解とご協力をいただきますようお願いいたします。

1. 取り扱いの変更日

令和3年3月1日受付分から

2. 見直しを行った様式

別紙一覧をご確認ください。

なお、別紙一覧については、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターの皆様に関係する様式を抜粋しております。

改訂後の様式につきましては、山口市ウェブサイトからダウンロードしてご使用ください。



<https://www.city.yamaguchi.lg.jp/soshiki/56/3951.html>

3. 主な変更点

押印を求めている箇所について、署名若しくは記名によることで可としたもの。

変更箇所については、別紙を必ずご確認ください。

(変更点のポイント)

・署名となる箇所

本人の意思によることを署名により担保する必要がある箇所(同意書や委任状等)

署名(被保険者ご本人のお名前をご本人が記入する)若しくは、記名押印を求める。

・記名となる箇所

上記以外の申請者欄

代筆や、印刷されたものなどにより氏名を記すことを可とする。

押印の見直しを行った様式

別紙

様式番号	様式名	変更点
1	要介護・要支援認定申請書	・ <u>事業所印が不要</u> となる（ <u>記名</u> のみ）。
2	要介護・要支援認定取り下げ書	
3	資料交付申請書（居宅用）	
4	資料交付申請書（施設用）	
5	指定更新申請書	
6	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	
7	再開届出書	
8	変更届出書	
9	介護保険法第79条第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書 介護保険法第115条の2第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書	・届出者記名押印欄の押印が不要となり、 <u>署名</u> となる。 なお、署名ができない場合は、 <u>記名押印</u> を求める。
10	居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（介護）	
11	居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（小規模）	
12	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	・申請者欄の押印が不要となる（ <u>記名</u> のみ）。
13	介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前申請書	
14	住宅改修の承諾書	・住宅所有者の氏名欄の押印が不要となり <u>署名</u> となる。 なお、署名ができない場合は、 <u>記名押印</u> を求める。
15	介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書	・申請者欄の押印が不要となる（ <u>記名</u> のみ）。 ・委任状の委任者欄の押印が不要となり、 <u>署名</u> となる。 なお、署名ができない場合は、 <u>記名押印</u> を求める。
16	福祉用具購入費支給申請書	
17	高額介護（介護予防）サービス費支給申請書	
18	介護保険負担額限度額認定申請書	・申請者欄の押印が不要となる（ <u>記名</u> のみ）。
19	社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書	・同意書欄の押印が不要となり、 <u>署名</u> となる。 なお、署名ができない場合は、 <u>記名押印</u> を求める。

山口市長 様

次のとおり申請します。

ふりがな	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名 (事業所の場合は担当者名)	被保険者との関係	
(事業所用) 提出代行者 名 称	(☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 指定介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 指定介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院)	
申請者住所	①〒 TEL (代行の場合、事業所の電話番号をご記入ください。)	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	②〒 TEL		
	前回の要介護 認 定 結 果 等	非該当 要支援()・要介護()	有効期間	平成 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	変更申請の理由			
	※入院・入所中の場 合は記入してください	③病院・施設名 入院・入所年月日(H・R 年 月 日)		
訪 問 調 査 場 所	訪問調査場所 ※□にチェックしてください		家族立会い (あり ・ なし) ケアマネ立会い (あり ・ なし)	
	□①申請者住所 □②被保険者住所 □③入院・入所中の施設等 □その他調査場所 (山 口 市)			
	訪問調査希望日時 ※ご都合の良い日程に○を付けてください	令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()
(月 火 水 木 金)	9時30分 11時	9時30分 11時	9時30分 11時	
	14時 15時30分	14時 15時30分	14時 15時30分	

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒	TEL	
2号被保険者のみ記入 (40歳から64歳の医療保険加入者)		特定疾病名		
医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号		
前保険者名	(転入等により保険者変更の場合は記入)	(現在の認定状況についてい れかに○を記入) ※申請中の場合は申請日も記入	認定済 ・ 申請中	(申請日: 令和 年 月 日)

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントのために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、山口市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員へ提示することに同意します。

市 確 認 欄 ☐負担割合証 ☐システム入力 ☐被保険証回収 ☐同時 ☐資格者証発行

本 人 確 認	番号確認(本人)	身元確認(本人/代理人)		代理権確認
	☐ 個力 ☐ 通力 ☐ 住民票(番号有) ☐ 住基確認 ☐ その他	1 点	☐ 個力 ☐ 免 ☐ 運経 ☐ 旅 ☐ 障手 ☐ 在留 ☐ 住力(写真有) ☐ 社員証(写真有) ☐ その他	☐ 被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍等
		2 点	☐ 保 ☐ 介 ☐ 年金 ☐ 住力(写真無) ☐ 社員証 ☐ その他	☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ その他

本人署名

(代筆者署名)

※本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」、「代筆者署名」を手書きで記入してください。

介護保険 ＜要介護認定・要支援認定＞ 申請取り下げ書

山口市長 様

次のとおり 令和 年 月 日に行いました要介護認定・要支援認定の申請を取り下げます。

被 保 険 者	被保険者番号																	取り下げ年月日	令和	年	月	日			
	ふりがな																								
	氏 名													生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日							
	住 所	〒 一																							
		電話番号（ ） 一																							

申請者氏名		被保険者との関係	
提出代行者 名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）		
申請者住所	〒 ー 電話番号（ ） ー		

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

取 り 下 げ 理 由

山口市確認欄

システム登録処理	被保険者証出力	備考欄

資料交付申請書

山口市長 様

申請者 事業所住所
事業所名
担当者名
電話番号

下記の被保険者に係る居宅サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントに必要であるため資料の交付を申請します。

被保険者番号	被 保 険 者 名	希 望 資 料	要 介 護 度 区 分	認 定 期 間
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで

記載事項

1 「希望資料欄」には希望するものを○で囲むこと。

資料提供希望日	月 日 (午前 ・ 午後)
---------	--------------------

受理日	受理者

資料交付申請書

山口市長 様

申請者 事業所住所
事業所名
担当者名
電話番号

下記の者については、当施設入所者であり介護サービス計画作成に必要であるため、資料の交付を申請します。

被保険者番号	被 保 険 者 名	希 望 資 料	要 介 護 度 区 分	認 定 期 間
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで
	(ふりがな)	調査・主治医・特記・結果	要支援< > 要介護< > ○認定結果がでていない	平成・令和 年 月 日から
				令和 年 月 日まで

記載事項

1 「希望資料欄」には希望するものを○で囲むこと。

資料提供希望日	月 日	受理日	受理者
	(午前 ・ 午後)		

様式第4号(第4条関係)

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所 指定更新申請書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

所在地

申請者

名 称

介護保険法に規定する事業所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。

事業所所在地市町村番号	35203
-------------	-------

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	ー	ー	FAX番号	ー
	法人の種類			法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)				
事業所の概要	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号	ー	ー	FAX番号	ー
	事業所の種類	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事業所を有するとき				
	フリガナ					
	名称					
事業所の概要	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号	ー	ー	FAX番号	ー
	現に受けている指定の有効期間満了日					
誓約書					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」及び「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

(申請先)
山口市長住 所
申請者

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の職名・氏名)

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号											
事業所又は施設	フリガナ										
	名 称										
	介護保険事業者番号									介護保険事業者番号は、既に指定(許可)を受けている場合のみ記入してください。	
	所在地		(〒)								
	電話番号						FAX番号				
	E-mail										
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地内において行う事業又は施設の種類の区分		実施事業		指定(許可)年月日		異動等の区分		異動年月日		
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		夜間対応型訪問介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		地域密着型通所介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		認知症対応型通所介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		小規模多機能型居宅介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		認知症対応型共同生活介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		地域密着型特定施設入居者生活介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
	地域密着型介護予防サービス	看護小規模多機能型居宅介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		介護予防認知症対応型通所介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		介護予防小規模多機能型居宅介護					1新規 2変更 3更新 4終了				
		介護予防認知症対応型共同生活介護						1新規 2変更 3更新 4終了			
		居宅介護支援						1新規 2変更 3更新 4終了			
介護予防支援						1新規 2変更 3更新 4終了					
特記事項	変更前					変更後					

再開届出書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

所在地
事業者 名 称
代表者氏名

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

	事業所 番 号										
再開する事業所	名称										
	所在地										
サービスの種類											
再開した年月日	年 月 日										

備考

- 1 再開日は、月初日としてください。
- 2 当該事業に係る従業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。
- 3 休止前の状況と変わっている場合は、様式第2号の「変更届」もあわせて提出してください。

変 更 届 出 書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

所在地

事業者 名 称

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。

		事業所 番 号											
指定内容を変更した事業所(施設)		名称											
		所在地											
サービスの種類													
変更があった事項		変 更 の 内 容											
1	事業所・施設の名称	(変更前)											
2	事業所・施設の所在地												
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、住所及び職名												
6	登記事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)	(変更後)											
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所												
9	運営規程												
10	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。

介護保険法第79条第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

所在地

申請者 名 称

代表者名

申請者、申請者の役員等(等には管理者含む)は、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

(介護保険法第79条第2項)

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の介護支援専門員の人員が、第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 三の二 申請者が、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であるとき。
- 四 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの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。
- 四の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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。
- 四の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 五 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、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当該法人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を含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者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を含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 六 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條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第八十二条第二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。
- 六の二 申請者が、第八十三条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第八十四条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第八十二条第二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。
- 六の三 第六号に規定する期間内に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所(当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。)の管理者であった者で、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 申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 九 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。

(注意) 提出の際は、両面コピーの上、記入してください。

介護保険法第115条の22第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

所在地

申請者 名 称

代表者名

申請者、申請者の役員等(等には管理者含む)は、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

【介護保険法第115条の22第2項】

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第115条の24第1項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第115条の24第2項に規定する指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定介護予防支援の事業の運営に関する基準に従って適正な介護予防支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わる、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わる、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく3月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者であるとき。
- 五 申請者が、第115条の29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5年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第115条の29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5年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六 申請者が、第115条の29の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15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第115条の25第2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5年を経過しないものであるとき。
- 六の二 申請者が、第115条の27第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第115条の29の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第115条の25第2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5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5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

- ハ 申請者の役員等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4号又は前号に該当する者
 - ハ 保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく3月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者
 - ニ 第115条の29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15条の規定による通知があった日前60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5年を経過しないもの
 - ホ 第6号に規定する期間内に第115条の25第2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60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5年を経過しないもの

(注意) 提出の際は、両面コピーの上、記入してください。

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

ふりがな

個 人 番 号

生 年 月 日

性 別

明・大・昭

年 月 日

男・女

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

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下さい。

山口市長 様

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出します。

届 出 年 月 日

令和 年 月 日

サービス開始(変更)年月日

令和 年 月 日

住所

電話番号（ ）

被保険者

氏名（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

保険者確認欄

☐ 被保険者資格

☐ 届出の重複

☐ 居宅介護支援事業者事業所番号

（注意）

1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、介護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山口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、必ず山口市に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

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									
ふりがな														
					個 人 番 号									
					生 年 月 日					性 別				
					明・大・昭 年 月 日					男・女				
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			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下さい。											
利用開始月における小規模多機能型居宅介護利用前の居宅サービス等の利用の有無														
※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護を除く。）、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及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入して下さい。														
☐ 居宅サービス等の利用あり（利用したサービス： ） ☐ 居宅サービス等の利用なし														
山口市長 様 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。														
届 出 年 月 日						令和 年 月 日								
サービス開始(変更)年月日						令和 年 月 日								
住所 被保険者						電話番号（ ）								
氏名						（※）								
（※） <u>本人が手書きしない場合は</u> 、記名押印してください。														
保険者確認欄			☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号											
(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、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山口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、必ず山口市に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。														

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										
ふりがな															
					個 人 番 号										
					生 年 月 日						性 別				
					明・大・昭 年 月 日						男・女				
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 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒							
								電話番号（ ）							
介護予防支援又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者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又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下さい。															
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（ ）							
介護予防支援事業所若しくは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下さい。															
山口市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。															
						届 出 年 月 日		令和		年 月 日					
						サービス開始(変更)年月		令和		年 月 日					
住所 被保険者								電話番号（ ）							
氏名								(※)							
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。															
保険者確認欄				☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号											

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに山口市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若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又は介護予防支援若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うえ、必ず山口市へ届け出てください。
- 届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修事前申請書

*この申請以降に申請内容及び提出書類に変更があった場合は、速やかに申し出ること

ふりがな		保険者番号		3	5	2	0	3	9
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
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		業者名							
		着工予定日	令和 年 月 日						
改修予定費用	円								
山口市長 様 上記のとおり提出書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修の事前申請をします。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号									
事前申請の 確認連絡の先	被保険者 ・ ケアマネジャー ・ 施工業者 ・ その他 (氏名 電話番号)								

〈提出書類〉

- ☐ 住宅改修理由書 ☐ 工事費見積書 ☐ 改修前の日付入り写真(a) ☐ (a)に完成予定図を記入したもの
☐ 住宅の所有者の承諾書(当該住宅の所有者が被保険者でない場合) ☐ 平図面・カタログ等
☐ 退院・退所前の住宅改修にかかる協議書(入院・入所中に在宅復帰の準備で退院・退所前に着工する場合)
☐ 介護保険住宅改修費・福祉用具購入費受領委任承認申請書(兼)委任状(受領委任払いを希望する場合)

事前確認欄 〈山口市記入〉

要介護度: 申請中 ・ 支1 ・ 支2

介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5

確認日 令和 年 月 日 認定有効期間:

書類 確認 印	
---------------	--

改修の種類	対象工事		備考	改修履歴	支給済額 (申請額)
(1) 手すりの取付け	全部	一部		☐	
(2) 段差の解消	全部	一部		☐	
(3) 床材等の変更	全部	一部		☐	
(4) 扉の取替え	全部	一部		☐	
(5) 洋式等への便器の取替え	全部	一部		☐	
(6) 付帯工事	全部	一部		☐	

支給限度基準額は20万円です。 リセットの有無… 3段階以上重くなった場合 ・ 転居した場合

令和 年 月 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住 所 _____

氏 名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

私は、下記表示の住宅に、下記の者が「介護保険住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。

記

1. 住宅改修を行う住宅（所在地）

☐ 住宅所有者の住所と同じ

2. 住宅改修を行う者(氏名)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

着工日	令和 年 月 日	被保険者番号													
完成日	令和 年 月 日	改修費用	円												
山口市長 様															
当該事前申請・確認工事(表面)について提出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。															
令和 年 月 日															
申請者 住所															
氏名 電話番号															
事前申請からの変更点	☐ あり(具体的に記入すること) ☐ なし														

〈提出書類〉

- ☐住宅改修事前申請書 ☐住宅改修事前申請承認通知 ☐改修に要した費用に係る領収書
- ☐工事費内訳書 ☐改修後の日付入り写真 ☐住宅の所有者の承諾書(事前申請時に未提出の場合)
- ☐退院・退所前の住宅改修にかかる承諾書 ☐介護保険住宅改修費・福祉用具購入費受領委任払い通知書

居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記口座に振り込んでください。

金融機関名		銀行 信用金庫 農協 ()	支店名		本店 支店 支所 出張所	種別	普通 当座
口座番号	※右詰めで御記入ください。		フリガナ				
			口座名義人				

※上記記載の振込口座名義人が被保険者氏名と異なる場合は、下記委任状の欄へ記入が必要です。

委任状	山口市長 様	
	私は、山口市から支払われる居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。	
	令和 年 月 日	
	委任者(被保険者)	住所 氏名 (※)
	受任者〔続柄: 〕	(※) 委任者が手書きしない場合は、記名押印してください。 住所 氏名

〈山口市記入欄〉

要介護度:

認定有効期間:

支給該当改修費用 (上限:20万円ー支給済申請額)	支給決定額 (支給該当改修費用*0.9、0.8又は0.7)	備考欄
円	円 (円未満切捨)	
(申請済み金額 円)		

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

ふりがな		保険者番号		3	5	2	0	3	9
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒 電話番号								
福祉用具		製造事業所名	購 入 金 額		購 入 日				
種目名	商品名	販売事業所名							
			円		R / /				
			円		R / /				
福祉用具が必要な理由									
山口市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名									

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

金融機関名		銀 行	支店名		本 店	種別	普 通
		信用金庫			支 店		当 座
		農 協			支 所		
		()			出張所		
口座番号	※右詰めで御記入ください。		フリガナ				
口座名義人							

※上記記載の振込口座名義人が被保険者氏名と異なる場合は、下記委任状の欄へ記入が必要です。

委 任 状	山口市長 様 私は、山口市から支払われる居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を 下記の者に委任いたします。 令和 年 月 日 委任者(被保険者) 住 所 氏 名 (※) (※)委任者が手書きしない場合は、記名押印してください。
	受任者(被保険者との関係) 住 所
	氏 名

受付印

令和 年 月 ~

ふりがな			保険者番号	山口市		3	5	2	0	3	9
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男 ・ 女							
住 所	〒		電話番号 - -								
	氏 名	性別	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	男・女									
	世帯員	男・女									
		男・女									
山口市長 宛 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 - -											

高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

金融機関名		銀 行	支店名		本 店	種別	普 通
		信用金庫			支 店		
		農 協			支 所		
		()			出張所		
口座番号	※右詰めで御記入ください。		フリガナ				
			口座名義人				

※上記記載の口座名義人が被保険者氏名と異なる場合は、下記委任状の欄へ記入が必要です。

※ 委 任 状	山口市長 宛 私は、山口市から支払われる高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。 令和 年 月 日 委任者（被保険者） 住 所 _____ 氏 名 _____ (※) (※) 本人が手書きしない場合は、 記名押印 してください。 受任者（被保険者との関係 _____） 住 所 _____ 氏 名 _____	
------------------	--	--

注意

- ・ 今回の支給対象月以降、高額介護（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請され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（介護予防）サービス費・高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。
- ・ 振込先口座を変更する場合は、変更届が必要となります。
- ・ 被保険者が死亡した場合は、相続人への振込みになりますので、申立書が必要となります。

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

山口市長 様

(新規・更新)

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。

ふりがな			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
			性別	男 ・ 女									
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 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 (※)	昭 ・ 平 ・ 令 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		左記において「無」の場合は、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	ふりがな											
	氏 名											
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	個人番号									
	住 所	☐ 被保険者と同じ 電話番号										
	本年1月1日 現在の住所										<u>現住所と異なる場合のみ ご記入ください。</u>	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税										

【注意事項】 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。

収入等に関する申告 <u>※必ず記入してください。</u>	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)

※提出者が被保険者本人の場合、下記の提出者氏名等は記入不要です。

提出者氏名		本人との関係	
提出者住所	電話番号		

※日中、連絡がつく番号を記入して下さい。

裏面の「預貯金等に関する申告」の記入及び「同意書」への署名もしくは、記名・押印が必要です。

預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 ()※ (現金・債務含む)

【注意事項】 ※内容を記入してください。

- (1) 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合、合計金額を記入してください。
- (2) 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。
- (3) 虚偽の申告により不正に特定入所介護サービス費等の支給を受けた場合は、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。

同意書

山口市長 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(内縁関係の者も含む。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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人> 住所
氏名

<配偶者> 住所
氏名

(※) <成年後見人>
成年後見人による申請の場合は、
こちらのみご記入ください。
住所
氏名 (※)

※氏名、住所を手書きしない場合は、記名押印してください。

【注意事項】 成年後見人による同意書記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証明書(写)または家庭裁判所の審判書(写)の添付が必要です。

山口市記入欄

交付年月日	市 民 税		本人収入状況	利用者負担額区分
年 月 日	*生活保護	無 有	課税年金収入 円	1 2 3 4
適用年月日	*高齢福祉年金	無 有	非課税年金収入額	介 護 度
年 月 日から	*本人課税	無 有	合計所得金額 円	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5
有効期限	*世帯課税	無 有	預貯金等に関する申告	有効期間
年 月 日まで	*配偶者課税	無 有	合計金額1000万 以上 (夫婦は2000万) 以下	年 月 日から 年 月 日まで

市 確 認 欄

本人確認	番号確認(本人)	身元確認(本人/代理人)		代理権確認
	☐ 個力 ☐ 通力 ☐ 住民票(番号有) ☐ 住基確認 ☐ その他	1 点 ☐ 個力 ☐ 免 ☐ 運経 ☐ 旅 ☐ 障手 ☐ 在留 ☐ 住力(写真有) ☐ 社員証(写真有) ☐ その他	☐ 被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍等 ☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ その他	
	2 点 ☐ 保 ☐ 介 ☐ 年金 ☐ 住力(写真無) ☐ 社員証 ☐ その他			

通帳コピー確認
本配
☐ ゆうちょ
☐ JA
☐ 山口銀行
☐ 萩山口信金
☐ 西中国信金
☐ その他(通)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担の軽減制度)

ふりがな			保険者番号				3	5	2	0	3	9
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日生											
住所	〒											
	電話番号											
利用者負担軽減申請理由 (該当の番号を○で囲んでください)	1 低所得で生計が困難なため ※以下の収入等申告欄にご記入ください 2 生活保護受給中のため ※以下の収入等申告欄の記入は不要です											

収入等申告書	私(被保険者)及び世帯構成員の _____ 年中の収入等について次のとおり申告します。 (年額)					
	種類	被保険者	世帯員氏名 ※1	世帯員氏名	世帯員氏名	確認
	年金・恩給収入					
	給与収入					
	財産収入					
	利子・配当収入					
	非課税収入					
	計					
	預貯金額 ※2					
	居住の用に供する家屋等日常生活のために必要な資産以外に活用し得る資産 ※3	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
負担能力のある親族等に扶養されている ※4	有 ・ 無					
※課税状況 山口市確認欄	課税・非課税・滞納有	課税 ・ 非課税	課税 ・ 非課税	課税 ・ 非課税		
上記申告内容に相違ありません。 なお、上記申告内容に相違があった場合には、この申告内容に基づいて行われる軽減について取り消されても異議を申し立てません。						

山口市長 様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。
 また、社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象要件確認のため、私(被保険者)及び親族の世帯の課税状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名

(※) 電話番号

親 族 住所

(被保険者との続柄)

(成年後見人)

氏名

(※) 電話番号

【※注意事項】①本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

②成年後見人による申請書記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証明書(写)または家庭裁判所の審判書(写)の添付が必要です。

※山口市記入欄

確認証交付	交付年月日	適用年月日	有効期限
交付 ・ 未交付	年 月 日	年 月 日から	年 月 日まで
生活保護 無 ・ 有	介護度 支援 1 2 介護 1 2 3 4 5	利用者負担 () 段階	

※1 世帯員の氏名を記入してください。

※2 預貯金額とは、預貯金のほか、有価証券、債権等を含みます。(コピーを添付します)

※3 対象資産は、預貯金等以外のもので、収入を補うため活用できるものをいいます。

※4 扶養とは、市町村民税の控除対象者や医療保険の被扶養者となっていること等をいいます。