

1 1. その他の関連制度について

(1) 成年後見制度

判断能力が十分でない方々は、不動産や預貯金等の財産を管理したり、身の回りの世話のために介護等のサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であっても、よく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれもあります。このような判断能力の十分でない方々を保護し、支援するのが成年後見制度です。

本制度は、すでに判断能力が十分でない方のために家庭裁判所が成年後見人等を選任する「法定後見制度」、将来に備えてあらかじめ本人が任意後見人を選んでおく「任意後見制度」に大別されます。

①法定後見制度

| 対象 | 認知症のある高齢者、知的障がい者、精神障がい者など、判断能力が十分でない方 | | |
|----------------------------|---|--|---|
| 内容 (本人の判断能力に応じて3類型あります) | 類型 | 本人の状態 | 支援者／支援者に与えられる権限 |
| | ① 後見 | 自己の財産を管理・処分できない程度に判断能力が欠けている者 (日常的に必要な買い物も自分ではできず、誰かに代わってもらう必要がある程度の判断能力の者) | <u>成年後見人</u> ・取消しが可能な行為は、日常生活に関する行為以外の行為 ・代理権の範囲は、財産に関するすべての行為 ・日用品の購入など日常生活に関する行為は除く。 |
| | ② 保佐 | 判断能力が著しく十分でなく、自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要な程度の者 (日常的に必要な買い物程度は単独でできるが、不動産の売買や金銭の貸借、自宅の増改築等、重要な行為は自分ではできない程度の判断能力の者) | <u>保佐人</u> ・保佐人の同意が必要な行為・取消しが可能な行為は、民法第13条1項(借金、相続の承認・放棄等)所定の行為 ・代理権の範囲は、申立の範囲内で家庭裁判所が審判で定める特定の法律行為 ・日用品の購入など日常生活に関する行為は除く |
| ③ 補助 | 判断能力が十分でなく、自己の財産を管理・処分するには援助が必要な場合がある程度の者 (重要な財産行為を一人でできるか危惧があるので、本人の利益のためには誰かに代わってやってもらった方がよい程度の判断能力の者) ※申立ての際、補助は本人の同意が必要 | <u>補助人</u> ・補助人の同意が必要な行為・取消しが可能な行為は、申立の範囲内で家庭裁判所が審判で定める特定の法律行為(民法第13条1項所定の行為の一部) ・代理権の範囲は、申立の範囲内で家庭裁判所が審判で定める特定の法律行為 ・日用品の購入など日常生活に関する行為は除く | |

| | |
|----------|---|
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・公職選挙法の一部改正により、平成25年7月1日から本人（成年被後見人）は、選挙権・被選挙権を有することとなりました。 ・成年後見人等は、本人が日常生活に困らないよう十分な配慮のもと、本人に代わって様々な契約を取り交わしたり、財産を維持・管理して通常は本人が亡くなるまで援助する責任を持ちます。しかし、本人が手術等の医療行為を受けることへの同意や身元保証人になることはできません。 |
| 申し立てできる人 | <p>本人、配偶者、四親等内の親族、任意後見人、市区町村長など（四親等内の親族とは、親や子、孫をはじめ、兄弟姉妹、おじ、おば、甥、姪、いとこなど）</p> <p>市長申立て</p> <p>身寄りがいない方や、親族がいても申立ての協力が得られない場合、また親族はいても本人の権利を侵害している又は侵害する可能性が極めて高い場合等は、市長が申立てをすることができます。福祉総合相談支援センター（地域共生社会推進室）に相談しましょう。</p> |
| 申し立て先 | <p>本人の住所地を管轄する家庭裁判所に申立てます。藤沢市の場合は、横浜家庭裁判所本庁になります。</p> <p>・横浜家庭裁判所(本庁) 横浜市中区寿町1-2 電話 045-345-8001</p> <p>※申立て前の相談は「後見係の書記官」宛に電話をしてください。必要書類の説明も受けられます。必要書類が揃ったら「後見係の予約担当」に電話し、申立て受付の予約をとり、申立ての手続きをします。</p> <p>受付時間 平日 9時30分～15時30分（除く11時30分～13時）</p> |
| 手続きの流れ | <p>申立て ⇒ 調査官による調査・鑑定 ⇒ 審判(後見人等の選任) ⇒ 登記(東京法務局)</p> <p>※申立てから審判までは通常2～4ヶ月、成年後見人等が活動に着手するまでには更に1～2ヶ月かかります。</p> |
| 費用 | <ul style="list-style-type: none"> ・申立てにかかる費用は、原則として申し立てた人が負担します。 <p>〔収入印紙(3,400円程度)、郵便切手(4,700円程度)、戸籍謄本、住民票（戸籍謄本附票）、診断書、登記されていないことの証明書(300円)等〕</p> <p>〔精神鑑定が必要な場合、鑑定費用は5～10万円程度〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申立人は、申立てで負担した費用を本人の財産から支出するように裁判所へ上申することができます。（申し立てた時から決定するまでの間のみ受け付ける） <p>※後見人等への報酬は、1年間の業務についた後、後見人等からの「報酬付与の審判」申立てによって家庭裁判所が決定します。一般的には月3～5万円程度ですが、本人の財産等の状況で低額に決定される場合もあります。</p> <p>※なお、本人が一定の財産状況以下の場合は、申立て費用や成年後見人等への報酬を助成する制度もあります。（藤沢市役所ホームページ「成年後見制度利用支援事業」参照）</p> |

| | | |
|--------------|---|---------------|
| 相談・ 問い合わせ | ・横浜家庭裁判所本庁「家事相談」 | 045-345-3463 |
| | ・神奈川県弁護士会 成年後見センター「みまもり」 | 045-211-7720 |
| | ・かながわ成年後見推進センター | 045-311-8873 |
| | ・ばあとなあ神奈川（神奈川県社会福祉士会） （火・木（祝日・年末年始を除く）14～17時） | 045-314-5500 |
| | ・リーガルサポートかながわ（司法書士） | 045-640-4345 |
| | ・コスモス成年後見サポートセンター（行政書士） | 045-222-8628 |
| | ・藤沢市社会福祉協議会 ふじさわあんしんセンター ※専門相談【要予約】（毎月第1～第4水曜日13時30分～15時30分） | 0466-55-3055 |
| | ・福祉総合相談支援センター（地域共生社会推進室） | 0466-50-3533 |
| | ・各いきいきサポートセンター（→P9-2参照） | |
| | ・法テラス（平日9～21時、土曜日9～17時） | 050-3383-5360 |

②任意後見制度

将来、判断能力が失われたときに備えて、本人が十分な判断能力があるうちに、本人が選んだ代理人（任意後見人）を定め、公正証書で任意後見契約を結びます。

任意後見契約における委任事務例

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| ・財産の管理・保存・処分 | ・金融機関との取引、保険に関する事項 |
| ・年金などの受領に関する事項 | ・遺産分割、相続の放棄・承認 |
| ・入院契約の締結、医療費の支払い | ・生活必需品の購入・支払い、光熱水費の支払い |
| ・権利証・実印・その他証書類の保管 | ・有料老人ホーム入所契約、介護保険の利用等に関する事項 |

※任意後見発効前の任意契約で、判断能力があるうちから身体的な衰えなどの理由により、預貯金の出し入れなどの財産管理等を任せることも可能です。

任意後見制度の手続き方法と流れ

①本人が誰に依頼するかを決め、その任意後見人候補者との間で任意後見の内容について十分に話し合い、報酬も決め、任意後見契約を結びます。

②本人と任意後見人候補者が公正証書役場に行き、公正証書の立会いで公正証書を作成し、公正証人が東京法務局に登録します。

- ・公正証書の作成・登記は藤沢公正証書役場で行います。

| |
|---------------------------------------|
| 鶴沼石上2-11-2 湘南Kビル1F 電話 0466-22-5910 |
|---------------------------------------|

- ・公正証書作成手数料11,000円、登記手数料2,600円、登記嘱託手数料1,400円など状況によって費用が異なりますが、25,000円程度です。）

③本人の判断能力が低下した際に、家庭裁判所に対して任意後見監督人選任の申立てをします。
申立てができるのは、本人、配偶者、四親等内の親族、任意後見受任者です。

④任意後見人は、任意後見監督人が選任されると同時に、あらかじめ決めてあった内容に基づいて、任意後見監督人の監督のもと任意後見業務を開始します。

※任意後見監督人への報酬は、家庭裁判所が本人の財産と後見監督事務内容に基づいて決めます。

問い合わせ・相談先

| 名称 | 電話 |
|---|---------------|
| 横浜家庭裁判所本庁「家事相談」 | 045-345-3463 |
| 神奈川県弁護士会 成年後見センター「みまもり」 | 045-211-7720 |
| かながわ成年後見推進センター | 045-311-8873 |
| ぱあとなあ神奈川（神奈川県社会福祉士会） （火・木（祝日・年末年始を除く）14～17時） | 045-314-5500 |
| リーガルサポートかながわ（司法書士） | 045-640-4345 |
| コスモス成年後見サポートセンター（行政書士） | 045-222-8628 |
| 藤沢市社会福祉協議会 ふじさわあんしんセンター | 0466-55-3055 |
| 福祉総合相談支援センター（地域共生社会推進室） | 0466-50-3533 |
| 各いきいきサポートセンター | P9-2参照 |
| 法テラス（平日9～21時、土曜日9～17時） | 050-3383-5360 |

（２）日常生活自立支援事業（神奈川県社協受託事業）

藤沢市社会福祉協議会が「専門員」を派遣して困りごとや悩みについて相談を受け、支援計画を作り、契約までのサポートをします。

契約内容(支援計画)に添って「生活支援員」が定期的に訪問し、支援します。

| | |
|----|---|
| 対象 | <p>次のようなことでお困りの、認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者などで、契約能力のある方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスを利用したいが、よくわからない ・計画的にお金を使いたいが、どうしてよいかいつも迷ってしまう ・最近物忘れがあり、貯金通帳をきちんとしまったかいつも心配 など |
| 内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの利用援助(福祉サービスの情報提供、助言、手続き代行など) ・日常的金銭管理サービス(預貯金の出し入れ、公共料金や医療費の支払手続きなど) ・書類等預かりサービス（各種証書や通帳・印章などの書類などの預かりなど） |

| | |
|----------|---|
| 利用までの流れ | 相談受付⇒相談・打ち合わせ⇒利用申込み⇒契約締結審査会⇒契約⇒サービス開始 |
| 費用 | <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス利用手続き } 前年分市民税に応じて、月額0円、2,500円、 ・日常的金銭管理サービス } 5,000円、10,000円の4段階 ・書類等預かりサービス — 一律別途月額500円 |
| 申込・問い合わせ | 藤沢市社会福祉協議会 ふじさわあんしんセンター 電話 0466-55-3055 |

(3) 高齢者虐待防止

高齢期には心身の機能低下が進み、その結果自立度が低下し、家族や施設の介護者に身の回りの世話を依存することが多くなります。介護の必要度が進むと、介護者の負担が増大し、暴力や暴言、放置や無視などにより、高齢者の尊厳が侵されている場面に出会うことも出てきます。

また、認知症が進行した場合などには介護負担は一層増大します。自分の資産や家計を管理することも困難になり、金銭管理を代行する親族等が自らの生活費として流用したり、資産や金銭をだまし取られたりする被害にあうことも出てきます。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

施行 平成18年4月1日

(改正 令和4年6月17日)

法文抜粋

1 養護者及び養介護施設従事者等による高齢者虐待

- イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること
- ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること
- ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと
- ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること
- ホ 当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること

2 高齢者虐待の早期発見

高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、早期発見に努めなければならない。

高齢者虐待のサイン (例)

- ・身体に傷やあざ、みみず腫れ、火傷などが見られる
- ・おびえる、わめく、泣く、叫ぶ、怖がるなどの行動 (反応) がみられる

- ・「怖いから家に居たくない」などの訴えがある
- ・自傷行為がある

3 養護者による高齢者虐待に関わる通報

養護者による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかにこれを市町村に通報しなければならない。

* 虐待かどうかの判断

虐待はその加害者に自覚や意図があるかどうか、或いはその加害者には相応の事情があるなどの理由には関係なく、高齢者にとって苦痛とすることは全て虐待の可能性があると いえます。

- ・自分を高齢者に置き換えて 自分がされたらかなわないこと
- ・自分を加害者に置き換えて 手加減無しに行われること
- ・不適切な対応の中でも著しく不適切なこと

* 虐待が疑われる場合

高齢者支援課の虐待相談員かいきいきサポートセンター（→P9-2 参照）に連絡を取りましょう。

* 緊急性の判断

- ・本人が保護救済を強く求めている
- ・生命に危険な状態（重度のやけどや外傷・床ずれ・栄養失調、衰弱、脱水症状等）
- ・生命に対する危険な行為が行われている（頭部・顔面打撲、戸外放置他）
- ・その他分離の必要性、養護者の心身の状況など、総合的に判断します

4 立ち入り調査

市町村長は高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、いきいきサポートセンター職員その他の高齢者の福祉に従事する職員をして、高齢者の居所等に立ち入り調査をさせることができる。

5 通報等を受けた場合の措置

市町村は虐待により生命又は身体に重大な危険が生じていると認められる場合には、一時的に保護するために迅速に老人短期入所施設に入所させるなどの措置を講じるものとする。

6 養護者の支援

市町村は養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導、及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

高齢者虐待対応の基本的な流れ

相談・通報 ⇒ 事実確認と緊急性の判断 ⇒ 援助の方針決定
⇒ 具体的支援 ⇒ 事後評価

対応にあたっての留意点

1 一人で抱え込まずチームで対応する

虐待は高齢者や養護者の過去の人間関係や疾病、複雑な家庭など様々な要因が絡み合って起こることが多くみられます。そのため一人で判断や対応をせずに、関係者でチームワークを組んで対応していきましょう。

また他のケアマネジャーやいきいきサポートセンター、虐待相談員（高齢者支援課）などにも相談していきましょう。

（藤沢市では虐待が認められるケースについては、虐待相談員（高齢者支援課）や各いきいきサポートセンターと連携をとりながら、必要に応じて市の関係機関などともチームを組み、支援にあたっています。）

2 高齢者・養護者とも支援する

虐待の疑いのある事例に直面すると、虐待者を加害者と捉えがちとなりますが、長期間に及ぶ介護疲れによるストレスや、介護や疾病に関する知識不足などの要因から虐待につながっている場合があります。その家族が抱えている問題を十分アセスメントして、高齢者・養護者とも支援することが大切です。

3 無理な情報収集は避ける

高齢者本人や家族などから必要な情報を一度に聞き取りしようとする、調査されたという印象につながる可能性があります。

相談にあたっては、「十分話を聴いてもらえた」、「この人なら話してみようかな」と思える状況を作ることが大切です。

藤沢市高齢者虐待防止ネットワーク会議

藤沢市では平成17年4月にネットワーク会議を立ち上げました。

メンバーは医師、弁護士、藤沢警察署生活安全課職員、藤沢北警察署生活安全課職員、神奈川県高齢者福祉施設協議会藤沢地区連絡会の代表、いきいきサポートセンター職員、藤沢市居宅介護支援事業所連絡協議会の代表、藤沢市介護保険事業所連絡会の代表、藤沢市人権擁護委員会の代表、藤沢市民生委員児童委員協議会の代表、藤沢市社会福祉協議会職員、横浜地方法務局湘南支局職員、市関係課（市民病院を含む）職員です。

高齢者虐待の予防と早期発見のための必要な施策について検討するとともに、関係各機関の情報の共有化によるケースの検討及び対応についての検討を行うものです。

年に3回ほどネットワーク会議を開催しています。

相談・問い合わせ

- ・ 高齢者支援課 電話 0466-50-3523
- ・ 各いきいきサポートセンター（→P9-2参照）



12. 介護保険課での手続き等について

(1) 認定関係

①介護保険要介護認定・要支援認定申請書

ア. 申請の概要

この申請は、以下の申請のためのものです。申請区分は次のとおりです。

【新規申請】

新たに要介護認定等を受けるための申請

- ・初めて要介護等認定申請をする場合

初めて認定申請をする方は「新規」と「認定を受けていない」の両方にチェックをしてください。

- ・要支援からの状態悪化による申請をする場合

すでに要支援認定をお持ちの方が状態悪化により見直しの申請をする場合は「新規」と「要支援からの状態悪化」の両方にチェックをしてください。

- ・事業対象者※の方が要介護等認定申請をする場合

事業対象者の方（基本チェックリストを行った結果、事業対象に該当された方）が、初めて要介護等認定申請をする場合、「新規」と「事業対象者」の両方にチェックをしてください。また、介護状態区分等の「事業対象」に○を付けてください。

【更新申請】

すでに要介護認定等を受けた被保険者が、有効期間満了後においても要介護状態または要支援状態に該当すると見込まれるときに、引き続き認定を受けるための申請

【区分変更申請】

すでに要介護認定等を受けた被保険者が、その介護の必要の程度が、現在受けている要介護認定に係る要介護状態区分以外の状態区分と認められるとき、または、現在受けている要支援認定に係る要支援状態区分以外の状態区分に該当すると認められるときに、区分の変更の認定を受けるための申請

*すでに要支援認定を受けている人が状態悪化により、要介護を見込んだ見直しの申請をする場合は、「新規申請」となります。（要支援認定を受けている人が「区分変更申請」をした場合、要介護1～5に該当すると認められると、申請は却下となり、変更申請前の認定が有効となります。本人の状態に応じた介護度を判定する介護保険制度の趣旨から、藤沢市では要支援1から要支援2を見込んだ「区分変更申請」は原則受付けていません。）

※事業対象者とは

基本チェックリスト（厚生労働省が作成した25項目の質問に「はい」「いいえ」で答え、事業対象の基準に該当するか判断するもの）で事業対象に該当した者をいいます。事業対象者は要介護認定申請を経なくても、介護予防・生活支援サービス事業の利用につながることができます。藤沢市では、各いきいきサポートセンターの窓口で基本チェックリストを実施しています。

イ. 申請をする人

- ・要介護認定等を受けようとする本人または本人の家族等
- ・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・いきいきサポートセンター（以下「事業者等」という。）
- ・その他施設等

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（第11号様式）
- ・介護保険被保険者証（第2号被保険者は交付されている人のみ）
- ・医療保険被保険者証（健康保険証）（写しも可）

※マイナンバー健康保険証を利用している場合は、写しの添付は不要です。ただし、マイナンバーで医療保険情報を確認するため、表面⑦のマイナンバーと⑥の委任欄(本人以外が申請する場合のみ)の記載が必要です。

※マイナンバー(個人番号)を記入して申請する場合は次の書類も必要です。(原則としてマイナンバー(個人番号)の記入が必要になりますが、マイナンバー(個人番号)の記入がなくても、申請書の受付はできます。)

- ・本人・家族等が申請する場合
 - * マイナンバー（個人番号）が確認できる書類（マイナンバーカード・通知カードの写し等）
 - * 窓口に来庁する方の本人確認書類（運転免許証等）
- ・事業者等が申請する場合（マイナンバー確認書類は不要です。）
 - * 事業者等が交付した社員証等＋介護支援専門員証等

エ. 注意事項

- ・「申請日」は、提出日の日付を記入してください。
- ・「申請区分」の記入漏れ・記入誤りがないようにしてください。
- ・「主治医欄」は、医師の氏名をフルネームで記入してください。また、最終受診日を必ず確認し、定期的に受診していない場合は受診をするよう促してください。
- ・代行申請する場合は、「提出代行者」欄に記入してください。
- ・マイナンバーの記載がある場合は「委任欄」に本人の記名が必要です。
- ・区分変更・要支援認定からの新規申請の際は、必ず「申請理由」を記入してください。
- ・第2号被保険者の申請の際は、医療保険被保険者証（健康保険証）の写しを添付し、申請書裏面の特定疾病の該当箇所に○をつけてください。

※マイナンバー健康保険証を利用している場合は、写しの添付は不要です。ただし、マイナンバーで医療保険情報を確認するため、表面⑦のマイナンバーと⑥の委任欄(本人以外が申請する場合のみ)の記載が必要です。

- ・紛失等の理由により被保険者証を提出することができない場合は、申請書とともに「介護保険被保険者証等再交付申請書」を提出してください。
- ・市民センター・石川分館・村岡公民館の地区福祉窓口に申請書を提出する際には、「要介護要支援認定申請一覧表」を添付して提出してください。

・事業対象者のサービス利用開始日の記入について

申請区分を「新規」と「事業対象者」の両方にチェックをした方は、サービス利用時の費用を区分する必要があるため、要介護認定が出た場合、認定申請日以降も事業対象者として総合事業サービスを利用するか、認定申請日以降は事業対象者として総合事業サービスを利用せず、介護サービスまたは介護予防サービスを利用するかを以下のとおり選択してください。

* 認定申請日以降も総合事業サービスを利用する場合

「1」にチェックし、介護サービスの利用開始予定日、または施設入所予定日を必ず記入してください。（実際の介護サービス利用開始日は「居宅サービス計画作成依頼届出書」の「変更年月日」となります。）

* 認定申請日以降は事業対象者として総合事業サービスを利用せず、介護サービスまたは介護予防サービスを利用する場合

「2：認定申請日以降は、事業対象者として総合事業サービスを利用しません。」にチェックを入れてください。

帳票類は藤沢市ホームページをご確認ください。



14 第2号被保険者の方

第2号被保険者(40歳から64歳の方)のみ記入してください。

該当する特定疾病に○を付けてください。
医療保険被保険者証(健康保険証)の写しを添付し、申請書と一緒にFAXしてください。

＜この枠内は第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。＞
次の特定疾病の該当する番号に○をつけてください。

- 14**
- がん(末期)
 - 関節リウマチ
 - 筋萎縮性側索硬化症
 - 後縦韌帯骨化症
 - 骨折を伴う骨粗鬆症
 - 初期期における認知症(アルツハイマー病)
 - 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びびバレーモンソン病
 - 脊髄小脳変性症
 - 脊柱管狭窄症
 - 早老症
 - 多系統萎縮症
 - 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害
 - 脳血管疾患(外傷性を除く)
 - 閉塞性動脈硬化症
 - 慢性閉塞性肺疾患
 - 慢性閉塞性肺疾患
 - 面側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※第2号被保険者については、健康保険証の写しの添付をお願いします。

15 同意欄

介護保険事業適用期間中は、市で保管する当該事業に必要な情報及び当該事業の適正な運営を確保するために市が保有する国民健康保険被保険者番号及び後期高齢者医療被保険者番号並びに医療保険における給付内容等の情報は、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、要請認定又は要支援認定に係る調査委員会、介護認定審査会、介護認定審査員、介護施設等の関係者、地域包括支援センター及び当該被保険者等と委託契約した居宅介護支援事業者等に提供することに同意します。

また、主治医意見書を記載した医師に介護認定審査会による判定結果及び判定理由並びに当該被保険者の相応する措置等を担当する地域包括支援センターに要介護、要支援認定申請のあった旨及び当該申請書に基づき氏名・生年月日・住所・連絡先・介護保険被保険者番号を提供することに同意します。

15 被保険者氏名 (認定を受ける方) _____ 代筆者氏名 _____

17 調査時の立会

立会者の有無を記入してください。
立会「あり」の場合は、立会者氏名と被保険者本人との関係性を記入してください。

被保険者との関係 () _____ 代筆者氏名 _____

16 訪問調査にあたって必要な事項です。必ずご記入ください。＞

- 自宅
- 入所施設
- 入院先の病院
- 退院後、自宅又は入所先での調査も可能

訪問調査先 本人の居所 _____ 所在地: _____

調査時の立会 **17** のみからの聞き取り可) _____

18 本人(認定を受ける方) _____

| | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 |
| 本人との関係 | 本人との関係 | 本人との関係 | 本人との関係 |
| 家族 (ケアマネ、施設職員 その他) | 家族 (ケアマネ、施設職員 その他) | 家族 (ケアマネ、施設職員 その他) | 家族 (ケアマネ、施設職員 その他) |

※平日に連絡がとれる番号を記入してください。

| | | | |
|------|------|------|------|
| 電話番号 | 電話番号 | 電話番号 | 電話番号 |
| ① | ② | ③ | ④ |

【備考】 その他日程調整や調査実施にあたって留意して欲しいことがある場合はご記入ください。
(※本人様の体調により、急ぎ調査の必要があると判断される場合はご相談ください。)

19 家族同時申請

申請者の家族も同時に申請する場合は記入してください。

受付をした職員の名前を記入してください。

健康保険証の写し

マイナンバー健康保険証を利用している場合は、写しの添付は不要です。
ただし、マイナンバーで医療保険情報を確認するため、表面⑦のマイナンバーと⑥委任欄(本人以外が申請する場合のみ)の記載が必要です。

15 同意欄

内容を説明し、「認定を受ける方」の記名をしてください。

※代筆の場合は、被保険者から同意を受けたことを確認し、代筆者氏名・被保険者との関係を記入してください。

※本人の自筆の場合は、代筆者氏名・被保険者との関係を省略できます。

なお、同意をしないこともできますが、その場合は、個人情報等の提供について、その都度サービスを利用される本人と事業者等との間でおこなっていただくことが必要になります。

20 備考欄

調査の日程調整の連絡や調査実施にあたって、留意することがある場合や、申請受付時に聞き取りした内容があれば、記入してください。

早めの調査を希望する、という申し出があった場合は、理由も記入してください。

(例)

- 「体調悪化により予後不良のため、調査急いでほしい」
- 「月・木は受診のため不在です。」
- 「不在時は留守番電話にメッセージをいれてください。」
- 「病名を本人に未告知のため、調査時注意してください。」
- 「〇月〇日脳梗塞により入院、退院後は在宅で生活予定のため、住宅改修希望」
- 「長男夫婦と同居だが、就労のため、日中は独居。デイサービス利用希望」...等

◆同日届出がある場合はチェックしてください。
◆保険証の有無に○してください。

20

マイナンバーの記載がある場合は、「本人確認」と【番号確認】をしてください

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|------------------------|------------------------|------|-----|
| 受付 | 入力 | 作成 | 審査 | 融合 | 書写 | 本人確認 | 本人確認 | 番号確認 | 保険証 |
| | | | | | | 氏名・住所・生年月日・性別・身障・年金・住人 | 氏名・住所・生年月日・性別・身障・年金・住人 | 有 | 有 |
| | | | | | | | | 無 | 無 |

資格者証 郵送

記載例

要介護認定・要支援認定申請一覧表

(※市民センター・村岡公民館に提出するときに添付してください。)

| | |
|------|-------------|
| 提出先 | 〇〇市民センター |
| 提出日 | 12月 1日 |
| 件数 | 7件 |
| 事業所名 | ××居宅介護支援事業所 |

マイナンバーの記載のない申請書

| 番号 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 申請種別 | 備考 |
|----|--------|--------|----------|---------|
| 1 | 111111 | 藤沢 花子 | 新規・更新・区変 | 健康保険証 |
| 2 | 111112 | 六会 太郎 | 新規・更新・区変 | 居宅届 |
| 3 | 111113 | 片瀬 次郎 | 新規・更新・区変 | 再交付 |
| 4 | 111114 | 知久 真土 | 新規・更新・区変 | |
| 5 | 111115 | 明治 桜 | 新規・更新・区変 | チェックリスト |
| 6 | | | 新規・更新・区変 | |
| 7 | | | 新規・更新・区変 | |
| 8 | | | 新規・更新・区変 | |
| 9 | | | 新規・更新・区変 | |
| 10 | | | 新規・更新・区変 | |
| 11 | | | 新規・更新・区変 | |
| 12 | | | 新規・更新・区変 | |

マイナンバーの記載がない申請書は上の欄に記入してください。マイナンバーの記載がない申請書のみを提出する場合は、提出者の本人確認は行いません。

申請書に添付した書類を備考欄に記入してください。

マイナンバーの記載のある申請書 ※提出者の本人確認をします。

| 番号 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 申請種別 | 備考 |
|----|--------|--------|----------|-----|
| 1 | 111116 | 御所見 花代 | 新規・更新・区変 | |
| 2 | 111117 | 遠藤 一郎 | 新規・更新・区変 | 再交付 |
| 3 | | | 新規・更新・区変 | |
| 4 | | | 新規・更新・区変 | |
| 5 | | | 新規・更新・区変 | |
| 6 | | | 新規・更新・区変 | |
| 7 | | | 新規・更新・区変 | |
| 8 | | | 新規・更新・区変 | |
| 9 | | | 新規・更新・区変 | |
| 10 | | | 新規・更新・区変 | |
| 11 | | | 新規・更新・区変 | |

マイナンバーの記載がある申請書は下の欄に記入してください。窓口に来庁した方の本人確認を行います。(※申請書内の「窓口に来た人」欄には必ず提出者の氏名を記入してください。)

提出者の本人確認を行います。事業所に所属していることが分かる書類(社員証等)に加えて、マイナンバー法で定める書類で確認が必要になります。運転免許証又は介護支援専門員証などを提示してください。

| | |
|--|---|
| 提出者の本人確認 ※マイナンバーが記載してある申請書を提出するときには、必ず右1, 2の書類の両方を窓口で提示してください。 | (事務処理欄) 1. 事業所に所属していることが分かる書類(下にチェック) [<input type="checkbox"/> 社員証) [<input type="checkbox"/> その他()] 2. 官公署の発行した写真付きの書類(下にチェック) [<input type="checkbox"/> 運転免許証) [<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証) [<input type="checkbox"/> その他()] |
|--|---|

受付 ()

②介護保険認定関係書類の写し交付依頼書

ア. 依頼の概要

この依頼は、被保険者からの依頼によりケアプランを作成する事業者のケアマネジャー等が、ケアプランを作成するための資料として、当該被保険者に係る認定調査票、認定調査票（特記事項）及び主治医意見書の写しの交付を依頼するためのものです。

イ. 依頼をすることができる人

被保険者からケアプランの作成を依頼された事業者のケアマネジャー等

ウ. 依頼をする際に必要なもの

▼「居宅サービス計画等作成依頼(変更)届出書」を提出している事業者が依頼する場合

- ・介護保険認定関係書類の写し交付依頼書（別記様式1）

▼いきいきサポートセンターから介護予防サービス計画作成の委託を受けた事業者が依頼する場合

- ・介護保険認定関係書類の写し交付依頼書（別記様式1）
- ・サービス計画等委託証明書（別記様式3）（→次頁二次元コード遷移先参照）
委託をするいきいきサポートセンターが提出してください。すでに提出済みの場合は不要です。

▼施設サービス計画を作成する事業者が請求する場合

- ・介護保険認定関係書類の写し交付依頼書（別記様式1）
- ・入所契約書の写し、または介護認定関係書類の写し交付依頼にかかる同意書（別記様式2）
（→次頁二次元コード遷移先参照）

※ 次の場合は、「介護認定関係書類の写し交付依頼にかかる同意書」（別記様式2）を添付することで、依頼をすることができます。

- ・居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者が連携して暫定ケアプランを作成している場合に、「居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書」の提出をしていない方の事業者が、認定関係書類の写しの交付を依頼する場合
- ・更新申請で、要介護から要支援（または要支援から要介護）へ変わった場合に、翌月以降のケアプランの作成を担当する事業者が、あらかじめ、認定関係書類の写しの交付を依頼する場合（翌月にならないと「居宅サービス計画等作成依頼(変更)届出書」の提出ができない場合）

エ. 依頼の方法について

▼介護保険課窓口

- ・「ウ」を介護保険課窓口を持参してください。
※市民センター等に依頼書の提出はできません。

▼郵送依頼

- ・「ウ」と依頼者であるケアマネジャーの介護支援専門員証の写し
- ・事業者または事業所が発行した身分証明書の写し
- ・切手を貼った返信用封筒

▼電子申請

- ・e-KANAGAWA（藤沢市電子申請システム）の「検索条件」に「介護保険認定関係書類の写し交付

依頼書」と入力し検索してください。

・入力フォーマットに沿って、必要事項を入力してください。

※書類の受け取りは介護保険課窓口のみです。

オ. 交付を受ける際に必要なもの

事業者または事業所の発行した身分証明書（依頼者が来庁できない場合は、同じ事業者等に所属する代理人でも交付を受けることができます。）

カ. 注意事項

- ・ケアプラン作成以外の目的には利用できません。
- ・認定結果通知を発送前の依頼については受付できません。必ず被保険者証等で認定結果を確認の上、依頼してください。
- ・「依頼者」の氏名は、依頼するケアマネジャー等の氏名をお願いします。
- ・受付・交付窓口は介護保険課のみです。市民センター等では取り扱っておりません。
- ・交付までに受付から4営業日（電子申請の場合は5営業日）かかります。（窓口で依頼書受付の際は交付予定日をお伝えします。）
- ・交付する書類は個人情報ですので、取り扱いには十分注意してください。
- ・不要になった認定関係書類は、介護保険課に返却してください。

藤沢市ホームページ
（帳票のダウンロード）
該当ページの
二次元コードはこちら



e-KANAGAWA
（電子申請）
該当ページの
二次元コードはこちら



【書き方見本】

介護保険認定関係書類の写し交付依頼書

別記様式1(第6条関係)

藤沢市長

依頼者

つぎの被保険者に係る認定関係書類の写しの交付を依頼します。
この写しから知り得た情報については、サービス計画等の作成以外の目的には利用しません。

- 地域包括支援センター
- 居宅介護支援事業者
- (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事業者
- 介護保険施設
- 地域密着型介護老人福祉施設
- (介護予防)特定施設入居者生活介護事業者
- 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者
- (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者

事業者名 ○△×居宅介護支援事業
所在地 藤沢市〇〇1-1
事業所番号 0123456789
電話番号 0466-〇〇-××××
氏名 朝日 一郎

・該当の事業者区分にチェックしてください。
・事業者名等を記入してください。

| No | 被保険者番号・氏名 | 必要な書類 | 介護度 | 認定日 | 請求権限 | 審査時確認 | 交付時 |
|----|---------------------|--|---|-------|---|---|-------------|
| 1 | 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 | <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 要支援() | 2021年 | <input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書 | 請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無 | 請求権限 有・無 |
| | 明・大・昭 3年 3月 3日生 | <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | |
| | 0 0 0 2 2 2 2 2 2 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | |
| 2 | 0 0 0 2 2 2 2 2 2 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 | <input type="checkbox"/> 要介護() <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(2) | 2020年 | <input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書 | 請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無 | 請求権限 有・無 |
| | 明・大・昭 10年 10月 10日生 | <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | |
| | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | |
| 3 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input type="checkbox"/> 認定調査票 | <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書 | 請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無 | 請求権限 有・無 |
| | 明・大・昭 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | |
| | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | |
| 4 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input type="checkbox"/> 認定調査票 | <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書 | 請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無 | 請求権限 有・無 |
| | 明・大・昭 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | |
| | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | |
| 5 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input type="checkbox"/> 認定調査票 | <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 居宅届 <input type="checkbox"/> 委託証明書 <input type="checkbox"/> 契約書等 <input type="checkbox"/> 同意書 | 請求権限 有・無 本人同意 有・無 医師同意 有・無 | 請求権限 有・無 |
| | 明・大・昭 年 月 日生 | <input type="checkbox"/> 特記事項 | | | | | |
| | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | |

太枠内を記入してください。

・必ず認定結果を確認後に依頼書を提出してください。

・介護度・認定日の記載のない依頼については、受付できません。

・交付時に、請求権限の確認できない被保険者の依頼は却下とします。

・請求権限の確認できない等の理由で、交付できない被保険者の分を保留にしたまま、同じ依頼書で依頼している他の被保険者の分だけ交付することはできません。

【受領者署名欄】

| | | |
|--------------------------|----|----|
| 受付 | 審査 | 交付 |
| | | |
| 身分確認 | 済 | |
| <input type="checkbox"/> | | |

※サービス計画等の作成以外の目的(介護度の確認・介護報酬の請求等)を理由とした依頼は、受付することができませんので、ご注意ください。

・書類の交付を受ける際に、署名をしてください。
・受け取り時には事業所等の発行した身分証明書を持参してください。

③介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書

ア. 届出について

この届出は、申請中の要介護認定・要支援認定申請を取り下げるために届け出るものです。

イ. 届出に必要な物

- ・介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書（任意の様式で構いません）
- ・介護保険資格者証

ウ. 注意点

- ・申出者は、申請中の要介護認定・要支援認定申請の申請者、または本人です。
- ・本人以外の方が手続きする場合には、必ず本人または家族に確認の上、提出してください。
- ・届出の際には、事前に介護保険課へ連絡してください。
- ・「取下げ理由」欄は必ず記入してください。
- ・介護保険課にご提出ください。（市民センター・石川分館・村岡公民館には提出できません。）

書き方見本

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書

〇〇年〇〇月〇〇日

藤沢市長

申出者
(代行事業者) 藤沢 太郎

住 所
(所在地) 藤沢市朝日町1-1

電話番号 0466-25-1111

次のとおり、介護保険要介護認定・要支援認定申請を取下げます。

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| 介護保険要介護認定 ・要支援認定申請日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| 取下げ 対象者 (被保険者) | 被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| | 氏 名 <u>藤 沢 太 郎</u> |
| | 生年月日 <u>明・大・昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</u> |
| | 住 所 |
| | 電話番号 |
| 取下げ理由 | |

(事務担当) 藤沢市役所 介護保険課
0466-50-3527(直通)

- ← 申請書の提出年月日は、西暦又は元号のどちらでも構いません。
- ← 申請者の氏名・住所・電話番号を記載してください。
※申請者が事業者の場合は、事業者名・所在地・電話番号を記載してください。
- ← 取下げようとしている介護保険要介護認定・要支援認定申請書の申請年月日を記載してください。
- ← 本人の被保険者番号を記載してください。
- ← 本人の氏名・生年月日・住所・電話番号を記載してください。
- ← 取り下げる理由を記載してください。
- *この申請書を提出する際は、**資格者証を持参**してください。

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書

年 月 日

藤 沢 市 長

申 出 者
(代行事業者)

住 所
(所 在 地)

電 話 番 号

次のとおり、介護保険要介護認定・要支援認定申請を取下げます。

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険 要介護認定・ 要支援認定申請日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 取 下 げ 対 象 者 (被保険者) | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 取 下 げ 理 由 | | | | | | | | | | | |

(事務担当) 藤沢市役所 介護保険課
0466-50-3527 (直通)

(2) 資格関係

① 介護保険被保険者証等再交付申請書

ア. 申請の概要

この申請は、被保険者等が被保険者証、資格者証、負担割合証、各種認定証等を紛失、汚損、破損等をしたことにより、それらを再交付するためのものです。

また、介護保険要介護認定・要支援認定申請書の申請をする際に被保険者証がない場合は、同時に再交付の申請が必要となります。

イ. 申請をする人

被保険者証等を紛失等した本人

(「申請者」は被保険者本人ですが、その家族や事業所等が代行して手続きをすることができます。)

ウ. 申請に必要なもの

介護保険被保険者証等再交付申請書 (第10号様式)

エ. 注意事項

- ・郵送での交付が基本となります。即日必要であるために窓口での交付を希望する場合は、手続きに来た人が被保険者本人または同住所か送付先の親族で、本人確認書類(運転免許証、パスポート等)により、住所の確認ができる時のみとなります。
- ・手続きに来た人が事業所の場合は、事業所名、所在地、電話番号、来庁者の氏名及び被保険者との関係を記載してください。
- ・「再交付の理由」欄は、「いつ」「どこで」等、理由を詳しく記載してください。
- ・汚損、破損の理由で申請する場合は、被保険者証を申請書に添えて市に提出してください。



藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



藤 沢 市 長

〇〇〇〇年 〇月〇〇日

藤沢市〇〇町〇丁目〇番〇号
住所

藤沢 一郎
手続きをする人 氏名

電話番号 **0466-00-0000**

長男
被保険者との関係

次のとおり申請します。

| | |
|--------------|---|
| 被保険者番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 |
| 住 所 | 〒 251-0000 藤沢市朝日町〇〇番地の〇 |
| フリガナ | フジサワ タロウ |
| 氏 名 | 藤沢 太郎 |
| 再交付を受けようとする証 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 負担割合証 <input type="checkbox"/> 4 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 5 特定負担軽減認定証(旧措置入所者) <input type="checkbox"/> 6 利用者負担軽減・免除等認定証(旧措置入所者) <input type="checkbox"/> 7 訪問介護利用者負担軽減認定証 <input type="checkbox"/> 8 負担軽減認定証 <input type="checkbox"/> 9 利用者負担軽減・免除認定証 <input type="checkbox"/> 10 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者確認証 <input type="checkbox"/> 11 その他() |
| 再交付の理由 | 1 汚損 2 破損 3 紛失 4 その他() (理由) ※「いつ」「どこで」「どのように」理由が生じたかを詳しく記入してください。 |
| 再交付を受ける証 | 燃えるゴミの日に勘違いして捨てちゃったため ※再交付の理由が「汚損」又は「破損」の場合は、被保険者証を添付してください。 |

ここから下は1(被保険者証)3(負担割合証)の再交付を希望の場合のみご記入ください。

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

私は、介護保険被保険者証等再交付の申請を、上記手続きをする人に委任します。

被保険者(申請者) 氏名 **藤沢 太郎**

| | |
|-----------|--|
| 確 認 | <input type="checkbox"/> 本人確認書類添付 <input type="checkbox"/> 手続きに果たた人資格確認 (ケアマネジャー・ケースワーカー) <input type="checkbox"/> 不要(郵送交付) <input type="checkbox"/> 同時(要介護・要支援認定の申請あり) <input type="checkbox"/> 同時に「居宅サービス等計画作成依頼」届出あり |
| 他の申請等状況 | <input type="checkbox"/> 同時(要介護・要支援認定の申請あり) <input type="checkbox"/> 同時に「居宅サービス等計画作成依頼」届出あり |
| 資格者証交付の要否 | 有 無 申請のとおり再交付してよいでしょうか |
| 受 付 | 交 付 方 法 |
| | <input type="checkbox"/> 郵送(普通郵便) <input type="checkbox"/> 郵送(特定記録郵便) <input type="checkbox"/> 窓口交付 |
| | 課 長 主 幹 課長補佐 主 査 担 当 |

【申請書の記入上の留意事項】

申請書の提出年月日は、西暦又は元号のどちらでも構いません。

手続きをする人の「住所」、「氏名」、「電話番号」及び「被保険者との関係」を記入してください。

再交付を受けようとする被保険者本人の「被保険者番号」、「住所」、「氏名」、「生年月日」、「要介護(要支援)認定の有無」を記入してください。被保険

再交付を受けようとする証の番号を「○」で囲んでください。

再交付の理由のうち該当するものの番号を「○」で囲み、その理由を詳しく記入してください。
 ※お手元に汚損又は破損した被保険者証がある場合には、この申請書に添えて提出してください。

個人番号は再交付を受けようとする証が「1 被保険者証」「3 負担割合証」の場合のみ記入してください。
 再交付を受けようとする証が2、4-11の場合には個人番号を記入しないでください。

※個人番号がわからない場合は、未記入で構いません。

個人番号を記入する場合、「個人番号確認書類」と「本人確認書類」の両方が必要となります。

「個人番号確認書類」と「本人確認書類」については、裏面をご参照ください。
 郵送申請の場合は写しの添付が必要となります。

個人番号を記入しただけで被保険者本人(法定代理人含む)以外の方が手続きをする場合には、被保険者氏名を署名してください。

この欄は、藤沢市の事務処理欄ですので、何も記入しないでください。

【マイナンバー・本人確認書類一覧】

| | | |
|--|--|--|
| 個人番号 確認書類 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号が記載されているもの) | |
| 本人確認 書類 (手続きをす る人が被保 険者以外の 場合は、手 続きをする 人の本人確 認書類が必 要です) | 1点で確認 (有効期限内のもの) | 2点以上で確認 (有効期限内のもの) |
| | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 (交付年月日が平成24年4月1日 以降のものに限る) <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 官公署から発行された顔写真付きの 書類等 ※次の2点の記載があるもの ①通知カードに記載された氏名 ②通知カードに記載された生年月日 又は住所 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険、健康保険、船員保険、 後期高齢者医療の被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険日雇特例被保険者手帳、 国家公務員共済組合若しくは 地方公務員共済組合の組合員証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 官公署又は個人番号利用事務実施者若しくは 個人番号関係事務実施者から発行された書類 ※次の2点の記載があるもの ①通知カードに記載された氏名 ②通知カードに記載された生年月日又は住所 |

② 介護保険送付先指定等届出書

ア. 届出の概要

この届出は、介護保険に関するそれぞれの書類を被保険者の住民登録地以外に送付するためのものです。

なお、既に指定した送付先を変更する場合や送付先の指定を終了する場合も、この届出が必要となります。

イ. 届け出る人

- ・介護保険課からの書類を被保険者の住民登録地以外に送付することを希望する人
- ・指定した送付先を変更・終了することを希望する人

ウ. 届出に必要なもの

- ・介護保険送付先指定等届出書
- ・手続きに来た人の本人確認書類

※事業所が届出人になる場合は、委任欄に日付と本人の署名が必要です。委任欄への署名が難しい場合は、代理人による送付先申請代理申述書の記入をお願いします。

エ. 注意事項

- ・届出は、介護保険課と各市民センターの福祉窓口で受付しています。
- ・手続きに来た人の本人確認書類（運転免許証、パスポート等、事業所の場合は介護支援専門員証と社員証）が必要となります。手続きに来た人が事業所の場合は、事業所名、所在地、電話番号、来庁者の氏名及び被保険者との関係を記載してください。（事業所の場合は介護支援専門員のみ、届出することができます。）
- ・送付先指定等届出書の提出に関しては、トラブルの原因になることもありますので、本人及び家族に必ず確認してください。
- ・書類の宛先を被保険者本人以外にする場合は、送付先の「氏名、フリガナ」欄と「続柄」欄を必ず記載してください。
- ・被保険者の氏（名字）と送付先の氏が違う場合は、書類が届かないことがありますので、必ず方書を記載してください。



藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ①介護保険送付先指定等届出書
- ②届出人の本人確認書類と添付書類

| 届出人 | 必要書類 |
|----------------------|--|
| 被保険者 (AまたはBのいずれか) | ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。 A 有効期限内・顔写真付き官公署発行の本人確認書類 1点 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳等1点 B 有効期限内・顔写真無し官公署発行の本人確認書類 2点 健康保険証、後期高齢者医療証、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点 |
| 後見人等 親族等上記以外 | 届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等 届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄または送付先申請代理申述書(委任欄の記入ができない場合) |

2. 送付先変更の注意事項

- ①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
- ②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ届く場合があります。
- ③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例) ○○ ○○様 (被保険者の氏名 様分)
- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。
- ⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。
- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

介護保険送付先指定等届出書

3. 記入例

藤沢市 藤沢市 〇〇年 〇月 〇日
次のとおり届け出ます。

- ①送付先の変更を希望する被保険者の氏名、生年月日、被保険者番号、電話番号、住所を記載してください。

| | | | | |
|------|--------|----------------|------|--------------------|
| 被保険者 | 氏名 | 藤沢 太郎 | 生年月日 | 明・大・昭 〇〇年 〇月 〇日 |
| | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇 | 電話番号 | 〇〇-〇〇〇〇 |
| | 住所 | 藤沢市〇〇町1234番地の5 | | |

- ②届け出をされる区分に レ チェックをしてください。

| | |
|-------|--|
| 届出の区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了 |
|-------|--|

- ③送付先の指定等を希望する書類の番号に レ チェックをしてください。

| | |
|--------------|---|
| 送付先の指定等をする書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 1・介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類) <input type="checkbox"/> 2・資格関係書類 (医療制度・住所異動・専任届出・再交付等に伴う被保険者証) <input type="checkbox"/> 3・保険料関係書類 (納付書、送付通知等) <input type="checkbox"/> 4・認定関係書類 (認定申請通知と被保険者証等、負担割合通知と証、負担割合証) <input type="checkbox"/> 5・給付関係書類 (給付受給給付決定通知書等) |
|--------------|---|

- ④送付先の指定等をする理由に レ チェックをしてください。

| | |
|--------------|---|
| 送付先の指定等をする理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 住民登録地と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 書類の管理が難しいため <input type="checkbox"/> 一時的な施設入所、入院等で不在のため (退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。) <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象のため <input type="checkbox"/> その他 () |
|--------------|---|

- ⑤送付先として指定される氏名(宛名)住所、電話番号、続柄を記載してください。氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は被保険者の氏名となります。被保険者の氏と送付先となる方の氏が違う場合には必ず方書(〇〇方)を記載してください。

| | | | | |
|-----|--------|--------------|--------------|----|
| 送付先 | 氏名(宛名) | 鎌倉 小町 | | |
| | 住所 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 | 鎌倉市〇〇町〇〇番地の〇 | |
| | 電話番号 | 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 | 続柄 | 長女 |

- ⑥届出人が送付先と同じ場合や被保険者と同じ場合は、 に レ チェックをしてください。それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号、住所を記載してください。

| | | | | |
|-----|---|----|------|--|
| 届出人 | <input checked="" type="checkbox"/> 送付先と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | |
| 住所 | | | | |

- ⑦届出人が被保険者以外の場合、委任欄に署名してください。自署が難しい場合は、送付先指定代理申述書を提出してください。

※届出人が被保険者以外の場合には委任欄に被保険者の署名をしてください。

| | |
|-----|--|
| 委任欄 | 私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。 年 月 日 被保険者(委任者)氏名 _____ (自署) |
|-----|--|

4. 書類の提出先・お問い合わせ先

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
 藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当 (本庁舎2階)
 Tel. 0466(25)1111(内線3137)

(3) 給付関係

①居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

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

ア. 届出の概要

この届出は、基本チェックリストを受けて事業対象者に該当した方または要介護・要支援認定を受けた方が、現物給付(費用の1割・2割または3割相当額を負担し居宅サービス等を受けること)により居宅サービス等を利用するため、実際に居宅サービス等を利用する前に、利用者が契約した居宅介護支援事業者等を市へ届け出するためのものです。なお、このケアプランの作成に係る費用については、全額保険給付されますので、被保険者本人の自己負担はありません。

イ. 届出が必要なとき

(1) 事業対象者

- ・基本チェックリストを実施し、事業対象に該当したとき
- ・担当する包括支援センターが変更となったとき(転居等)

(2) 要支援認定者

- ・「総合事業・介護予防サービス」を受けようとするとき
- ・「介護予防小規模多機能型居宅介護」を受けようとするとき
- ・状態像の変化等により介護区分に変更が生じた場合
(例:要支援→要介護、要介護→要支援)

※事業対象者が要支援認定となった場合、同一の地域包括支援センターが予防給付の給付管理をする場合、「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」の再提出は不要です。

(3) 要介護認定者

- ・「居宅サービス」等を受けようとするとき
- ・「小規模多機能型居宅介護」又は「看護小規模多機能型居宅介護」を受けようとするとき
- ・状態像の変化等により介護区分に変更が生じた場合
(例:事業対象→要介護、要支援→要介護)
- ・担当する事業所が変更となったとき(例:転居、本人希望等)

ウ. 届出に必要なもの

- ・居宅サービス等計画作成依頼(変更)届出書(第29号様式)【要介護認定者】
- ・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(第29号様式の2)【事業対象者・要支援認定者】
- ・介護保険被保険者証(認定申請等で既に市へ提出している場合は不要)

エ. 提出期限

- ・原則、サービス利用開始日の属する月の末日までに提出してください。

※要介護認定申請中のため、要介護状態区分が確定していない場合は、居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所等が連携して暫定ケアプランを作成していた場合に限り、認定結果を確認後、速やかに「居宅サービス計画作成依頼届出書等」を提出していただくことで、届出書のサービス利用開始年月日（変更の場合は変更日）を当該暫定ケアプランに係るサービス利用開始日まで遡ることが可能です。

オ. 住所地特例適用対象者に係る届出について

【要介護認定者】

- ・保険者市町村に提出してください。
- ・藤沢市の住所地特例施設に入所している、他市町村の被保険者については、保険者市町村に届出書を提出してください。

【要支援認定者】

- ・住所地特例適用対象者に対する介護予防支援は、住所地特例対象施設の所在する市町村の指定する指定介護予防支援事業者が提供することとなっています。
- ・施設所在市町村の様式で、施設所在市町村の担当窓口へ提出してください。

※届出書の様式は、提出先となる施設所在市町村のものに従ってください。届出書の名称や様式は各市町村によって異なりますので、届け出が必要な際は、施設所在市町村又は新たに担当となる地域包括支援センター等にご相談ください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



記入例

この届出書を提出する際には、必ず最新の被保険者証を添付してください。
 ※認定申請中の場合、居宅届出後の新たな事業者名を記載した資格者証の発行は原則、行いませんので添付不要です。

被保険者証の『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』欄を確認し、該当する区分に☑をしてください。
 ※すでに事業所名が印字されている場合は「変更」となります。

第29号様式（第31条関係）

居宅サービス計画作成依頼

届出書

他市町村の住所地特例適用対象者である場合は、保険者市町村の名称を記入してください。

| | | | |
|---|---|-------------|---|
| 届出の区分 | <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 | 保険者 | <input checked="" type="checkbox"/> 藤沢市 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 被保険者番号 | 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 | | |
| 被保険者氏名 | フリガナ フジサワ カイゴ 藤沢 介護 | 生年月日 | 明治・大正 昭和 10 年 10 月 10 日 |
| 事業所名 | 藤沢ケアプラン 藤沢本店 | 事業所所在地 | 〒 251-0000 藤沢市朝日町●●●● 電話番号 0466-50-●●●● |
| 介護保険事業所番号 | 1 4 ● ● ● ● ● ● ● ● | サービス利用開始年月日 | 2024 年 3 月 1 日 |
| 事業所を変更する理由(届出の区分が「変更」の場合のみ記入) | | | |
| 例1) 要介護認定となったため 例2) 本人の希望による事業所変更のため | | | |
| 「小規模多機能型居宅介護」又は「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サービス等の利用の有無 | ※小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、短期対応型訪問介護、地域密着型通所介護、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ください。 | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス等の利用あり (利用したサービス:) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス等の利用なし | | | |
| 藤沢市長 | 上記の居宅介護支援事業所等に、居宅介護サービス計画作成を依頼することを届け出 | | |
| 2024年 3月 1日 | 住所 | 藤沢市朝日町●●●● | |
| (被保険者) 氏名 | 藤沢 介護 | | |
| 電話番号 | 0466-50-●●●● | | |

「サービス利用開始年月日（変更の場合は変更年月日）」を記入してください。
 ※届出の区分が新規・変更いずれの場合も記入してください。
 ※原則、届出月の1日までしか遡りできません。
 ※ただし、認定結果が確定し、認定有効期間が前月以前に遡って有効となった場合において、居宅介護支援事業者と連携していた場合に限り、前月以前に遡ることができます。

届出の区分が「変更」の場合には理由を記入してください。

「小規模多機能型居宅介護」又は「看護小規模多機能型居宅介護」を利用する場合は、利用を開始月における居宅介護サービス等の利用状況を記入してください。

記入日、被保険者の住所、氏名、電話番号が記入されていることを確認してください。

- <注意事項>
- この届出書は、居宅サービス計画作成を依頼する事業者と契約後、速やかに藤沢市に提出してください。
 - 居宅サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更理由及び変更年月日を記入の上、の属する月中に藤沢市に提出してください。
 - 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。

【事務処理欄】

| | | | | | |
|-------|-------------------|-----|----------------|------|-------|
| 資格 | 有・無 (喪失日: 年 月 日) | 添付 | 保険証・資格者証 | 無 | 認定同時 |
| 認定 | 申請中 (新規・変更・更新) | 証発行 | 保険証・資格者証 (/) | 登録のみ | |
| | 介護・支援 認定申請日 年 月 日 | 受付 | 入力 | 証発行 | 確認 審査 |
| 認定開始日 | 年 月 日 | | | | |
| 届出日入力 | 年 月 日 | | | | |
| 変更日入力 | 年 月 日 | | | | |

②介護保険高額介護サービス費等支給申請書

ア. 申請の概要

この申請は、介護保険サービス及び総合事業（介護予防・生活支援サービス）に係る利用者負担額（1割、2割又は3割）の合計額が、所得により定められた1か月の上限額を超えた場合に、「高額介護（予防）サービス費又は高額介護予防サービス費等相当事業費」として、その超えた額の支給を受けるためのものです。

高額介護（予防）サービス費又は高額介護予防サービス費等相当事業費は、月の初日を基準日として、その属する世帯の所得状況を判断して支給することになり、申請に基づいて支給が決定されます。

なお、保険給付は月単位の限度額管理に基づき行う関係上、この申請は、上限額を超えた月ごとに毎月申請することとなりますが、原則として、一度申請を行うと、申請した翌月以降に発生した高額介護サービス等に係る申請書の送付は省略され、指定口座に順次振り込まれます。

ただし、施設サービス等に係る食費・居住費（滞在費）、特定福祉用具購入や住宅改修の費用、区分支給限度基準額を超えたサービス費用などは対象となりません。

【利用者負担の上限額（月額）】

| 利用者負担段階区分 | 負担の上限額 （月額） |
|--|------------------------------|
| 課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）以上 | 140,100 円（世帯） |
| 課税所得 380 万円（年収約 770 万円） 課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）未満 | 93,000 円（世帯） |
| 市町村民税課税～課税所得 380 万円（年収約 770 万円）未満 | 44,400 円（世帯） |
| 世帯の全員が市町村民税非課税 | 24,600 円（世帯） |
| 前年の公的年金等収入金額・その他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の方等 | 24,600 円（世帯） 15,000 円（個人） |
| 生活保護を受給している方等 | 15,000 円（個人） |

イ. 申請をすることができる人

藤沢市から「介護保険高額介護サービス費等給付のお知らせ」を送付された人

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険高額介護サービス費等支給申請書
- ・領収証（特定給付対象サービス等を受けた人のみ）

※特定給付対象サービス…介護保険法施行規則第 8 3 条の 2 に規定する給付（予防接種法、結核予防法等の法律により行われる医療）や介護保険法施行規則第 8 3 条の 2 第 7 号の規定に基づき厚生労働大臣が定める給付（平成 1 2 年 3 月厚生省告示第 1 9 3 号）（特定疾患受給者に対して行われる医療）

エ. 注意事項

- ・該当する被保険者等には、原則としてサービス利用月の翌々月に、市から「高額介護サービス費等給付のお知らせ」と「高額介護サービス費等支給申請書」を送付します。
(※申請者が記載する箇所は、「個人番号」、「申請者欄(被保険者)」、「相続人による受領申立欄(被保険者がお亡くなりの場合のみ)」及び「口座振込依頼欄」です。その他の箇所は、あらかじめ印字されています。)
- ・平成28年1月から「マイナンバー」の記入及び提出時の身分確認等が必要となっています。詳細は申請書に同封しているお知らせに記載してありますのでご確認ください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、申請書の「相続人による受領申立欄」に記入の上、戸籍謄本等の相続人であることが確認できる書類を添付してください。また、「申請者欄」は相続人代表者の氏名等を、「口座振込依頼欄」は当該相続人代表者名義の口座を記入してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給(不支給)決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、指定の口座に振り込まれます。
- ・高額介護サービス費等の支給を受ける権利は、サービス利用月の翌月1日を起算日として、2年を経過すると時効となります。

(参考) 高額介護サービス費等指定口座変更届

すでに高額介護サービス費の支給を受けている方が、振込先口座の変更を希望する場合に提出する書類です。申請者は、被保険者本人又は成年後見人等です。

(参考) 受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届

被保険者本人がお亡くなりになられた場合には、相続人代表者の方が「受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」を提出してください。届出の際には、戸籍謄本等の相続人であることが確認できる書類が必要です。なお、同一世帯の配偶者又は子などは、添付を省略できることがあります。(詳細は、12-55 ページ参照)

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



書き方見本

介護保険 高額介護サービス費等支給申請書

令和 ○年○月

介護

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | フジサワ カイゴ | 保険者番号 | 1 | 4 | 2 | 0 | 5 | 9 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 藤沢 介護 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| 生年月日 | 昭和 ○年 ○月○○日 | 個人番号 | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 住所 | 〒251-8601 朝日町1番地の1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当月分の支払額合計 | 20,000 円 (支払予定金額) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆個人番号（マイナンバー）が不明の場合は、空欄のまま、ご提出ください。

藤沢市長
上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。
また、すでに支給済みの高額介護サービス費等については、
場合には、翌月以降に支給される高額介護サービス費等の

◆被保険者本人の氏名・電話番号を記入してください。
◆成年後見人等の場合には、後見人等の氏名等を記入し、登記事項証明書の写し等を添付してください。
◆被保険者がお亡くなりになっている場合には、相続人代表者の氏名等を記入してください。

1. 申請者（被保険者）

※被保険者本人の氏名を記入してください。
※相続人が申請する場合は相続人代表者の氏名等を記入し、下の「相続人による受領申立」欄も記入してください。

| | |
|------|--------------|
| 氏名 | 藤沢 介護 |
| 電話番号 | 0466-25-1111 |

2. 相続人による受領申立（被保険者がお亡くなりになった場合）

被保険者（被相続人）の相続人代表者として、その他の相続人は、私が受領することとなりましたので、届出します。また、
者である私が責任をもって解決します。

【注意】
この欄は、被保険者がお亡くなりになった場合のみ、記入してください。

【添付書類】相続人であることが確認できる書類
(被保険者の死亡時に同一世帯であった場合は、戸籍謄本の写し等)

| | |
|----------|--------------|
| 相続人代表者氏名 | |
| 相続人代表者住所 | |
| 被保険者との続柄 | 配偶者・子・その他() |

【相続人による受領申立時に必要な書類】
※郵送で提出する場合は、写しを添付してください。
1 相続人であることが確認できる書類（戸籍謄本の写し等）
(被保険者の死亡時に同一世帯であった方は省略できます。)
2 成年後見人等が提出する場合
成年後見人等であることが確認できる書類
(登記事項証明書の写し等)

3. 口座振込依頼欄

| | | | | | |
|------------------|----------|-----------------|-------|------------------------------|---------------|
| 銀行 信用金庫 組合 | 藤沢 | 本店 支店 出張所 | 藤沢 | 種目 | 口座番号 |
| 金融機関コード | 1 1 1 1 | 店舗コード | 0 0 1 | 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| フリガナ | フジサワ カイゴ | | | | |
| 口座名義人 | 藤沢 介護 | | | | |

◆振込先口座を記入してください。
(被保険者本人以外（本人死亡の場合は相続人代表者以外）の口座を記入した場合、受領に関する権限が委任されたものとして取り扱います。)
◆同一の被保険者の申請書を複数枚提出する場合、口座欄は1枚のみに記入してください。
◆申請書が複数枚ある場合、申請者欄はすべての申請書に記入してください。(申請書はすべて提出が必要です。)
◆ゆうちょ銀行を振込先口座とする場合、振込用の店名、預金種別、口座番号が必要です。
通帳でご確認いただくか、「記号番号」からゆうちょ銀行のホームページで検索することができます。

③介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

ア. 申請の概要

この申請は、居宅要介護被保険者等の日常生活の自立を助けるため使用する厚生労働大臣が定めた特定福祉用具（腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽及び移動用リフトのつり具の部分、排泄予測支援機器、スロープ、歩行器、歩行補助つえの9種類の用具）を用具販売の指定を受けた事業者で購入した場合に、1年間（4月1日から翌年の3月31日までの間）につき10万円を限度として、その購入に要した費用の9割、8割または7割相当額の支給を受けるためのものです。

イ. 申請をすることができる人

居宅要介護被保険者等のうち、認定有効期間中に特定福祉用具の購入をした人

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（第27号様式）
- ・領収証（被保険者本人名で、福祉用具購入費を証するものに限る。写し可。）
- ・福祉用具のパフレット等（写し可）

※すのことオーダー品は、本人宛の見積書と完成前後の写真も必要です。

※排泄予測支援機器の場合は、次の2つの書類が必要です。

①医師の所見が確認できる書類（次の書類のうちいずれか1点）

- ・介護認定審査における主治医の意見書
- ・サービス担当者会議等における医師の所見
- ・介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見
- ・個別に取得した医師の診断書等

②排泄予測支援機器 確認調書（次ページ参照）

当該機器の試用状況について確認する書類です。購入先の指定販売事業者による記入が必要です。

エ. 注意事項

- ・都道府県から指定を受けていない販売店で購入した場合や購入日が要介護認定等の認定有効期間中でない場合は、福祉用具購入費の支給を受けることはできません。
- ・すのこ等特別注文の用具の場合は、算定根拠のわかる見積書と完成状態の確認ができる写真が必要です。添付書類等の詳しいことについては、介護保険課に確認してください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、「受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」を提出した上で、申告書に記載された相続人の氏名等を申請者欄に記載してください。口座振込依頼欄には、申告書に記載された相続人の方の口座情報を記載してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給（不支給）決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、指定の口座に振り込まれます。
- ・過去に購入した福祉用具で福祉用具購入費を支給されているものと同一種目の場合は対象外となりますが、すでに購入した福祉用具の破損や、被保険者の介護の必要の程度が著しく高くなった等の特別の事情がある場合であって、市町村が必要と認めるときは、同一種目であっても福祉用具購入費が支給される場合があります。その場合は、再購入に至った理由（破損、被保険者の心身状況の変化等）がわかるよう、「福祉用具が必要な理由」欄に詳しい内容を記載してください。

| 排泄予測支援機器 確認調書 | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|------------|----------------|--|---------------|-------|----|--|
| 藤 沢 市 長 | | | | | | | 年 月 日 | | |
| | | | | | | | 事業所名 | | |
| | | | | | | | 所在地 | | |
| | | | | | | | 確認者名 | | |
| 介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、次の内容について、確認しました。 | | | | | | | | | |
| 【利用者情報】 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | 被保険者番号 | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年齢 | | | | | | |
| 同居家族 | | | トイレへの主な介助者 | | | | | | |
| 介護度 | | | | | | | | | |
| 介護認定調査 項目 2 - 5 排尿 (該当するものに○をする) | | | | | | | | | |
| 1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 | | | | | | | | | |
| 【試用した排泄予測支援機器】 | | | | | | | | | |
| メーカー名 | | | 機種名 | | | | | | |
| 【確認項目】 | | | | | | | | | |
| 試用の有無 ※無の場合はその理由 | | 有 ・ 無 (無の場合、以下に試用しなかった理由を記載) () | | | | | | | |
| 試用期間 | | 月 日 ~ | | 月 日 | | 1日あたり 装着時間 | | 時間 | |
| 装着し、通知されたか | | 可 ・ 否 | | 通知後、トイレまでの誘導時間 | | | | 分 | |
| 試用結果 (※) (通知後にトイレで排泄できた回数/実際の通知回数) | | | | | | | | | |
| 月 日 | | 回/ | | 回 | | 月 日 | | 回/ | |
| 月 日 | | 回/ | | 回 | | 月 日 | | 回/ | |
| 月 日 | | 回/ | | 回 | | 月 日 | | 回/ | |
| 月 日 | | 回/ | | 回 | | 月 日 | | 回/ | |
| (※) 試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。 | | | | | | | | | |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書


| | | | | | | |
|--|------|---|----|---|---------|----|
| 藤沢市長 | | 年 | | 被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。 | | |
| 申請者 (被保険者) | | 住所 藤沢市朝日町1-1 | | 氏名 藤沢 介護 | | |
| | | 電話番号 〇〇-〇〇〇〇 | | マイナンバー(個人番号)の記入にあたっては、下記【マイナンバー記入時の注意点】をご確認ください。なお、マイナンバー(個人番号)がわからない場合は、未記入でご提出ください。 | | |
| 次のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | 藤沢 介護 | | 被保険者番号 | 1 2 3 4 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 〇〇 | 年 | 〇月 | 〇日 |
| | 住所 | 〒251-8601 藤沢市朝日町1-1 | | 負担割合 | 1割・2割 | |
| 住所 | | 電話番号 | | 〇〇-〇〇 | | |
| 負担割合 | | 〇をつけてください。 | | 負担割合証で負担割合を確認し、〇をつけてください。 | | |
| 福祉用具種目・商品名・TAISコード | | 製造事業者名 販売事業者名 | | 購入金額 購入日 | | |
| <input type="checkbox"/> 簡単便座 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 (商品名) 浴槽手すり TAISコード 1 2 3 4 5 - 1 2 3 4 5 6 | | <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器(歩行車除く) <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ (松葉杖除く) | | 〇〇〇〇 △△△△ 介護保険指定事業所番号 〇 1 2 3 4 5 6 7 8 9 〇〇 月 〇〇 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 簡単便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 (商品名) | | <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器(歩行車除く) <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ (松葉杖除く) | | 購入日(月) 年 日 TAISコード 介護保険指定事業所番号 | | |
| 購入した福祉用具に対して、必要な理由を記入してください。 ※複数種目購入した場合は、それぞれの種目について、必要な理由を記入してください。 ※書き切れない場合は、別に理由を記載した書類を提出してください。 | | 購入した福祉用具の合計金額を記入してください。 | | 購入金額合計 10,000 円 | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | 加齢に伴う下肢筋力低下により、跨ぎ動作が不安定な手すりを使用することで安全な動作を行う。 | | 添付書類として、 ・領収書(被保険者本人宛の原本(写し可)) ・購入した福祉用具の商品名、価格、製造事業者名が記載されているパンフレット等(写し可)が必要です。 ※すのこ等のオーダーメイド品を購入した場合は、見積書及び完成前後の写真を添付してください。 ※排泄予測支援機器を購入した場合は、医学的な所見を確認できる書類と排泄予測支援機器確認調書の添付も必要です。 | | |
| <口座振込依頼欄> | | 金融機関名 | | 金融機関コード | | |
| えのしま | | △ △ △ △ | | 支店名 江の島 | | |
| 口座種別 | | 口座番号 | | フリガナ | | |
| 1.普通 2.当座 | | 1 2 3 4 5 6 7 | | 口座名義人 藤 | | |

【マイナンバー(個人番号)記入時の注意点】

マイナンバー(個人番号)を記入の上、申請書を提出する場合は、次のとおり、被保険者本人のマイナンバー(個人番号)確認書類及び申請者(又は代理人)の本人確認書類の提示(郵送の場合は写しを添付してください。)が必要です。

- 被保険者本人が窓口で提出する場合・郵送で提出する場合
 - ・マイナンバー(個人番号)が確認できる書類(マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票)
 - ・本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)
- 被保険者本人以外(代理人)が窓口で提出する場合
 - ・被保険者のマイナンバー(個人番号)が確認できる書類(マイナンバーカード・通知カード・マイナンバー記載の住民票)
 - ・代理人の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)

藤沢市ホームページ
 該当ページ二次元コード
 はこちら



④-1 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

ア. 申請の概要

この申請は、居宅要介護被保険者等が居住する住宅の改修をケアマネジャー等が必要と認めたことを前提として、厚生労働大臣が定めた住宅改修（手すりの取付け、段差の解消、床または通路面の材料の変更、扉の取替え、洋式便器等への取替えの5種類とこれらの改修に伴う付帯工事）をした場合に、1家屋につき20万円を限度としてその改修に要した費用の9割、8割、7割相当額の支給を受けるためのものです。

住宅改修費は、1家屋につき20万円の限度額が設定されていますが、被保険者の要介護度が3段階以上上がった場合（要支援1または経過的要介護→要介護3～5、要支援2または要介護1→要介護4・5、要介護2→要介護5）と転居した場合には、新たに20万円を限度額として住宅改修を行うことができます。（3段階のリセットは1回のみ）

また、住宅改修費の支給方法は、いったん利用者が全額自己負担し、その後、費用の9割、8割、7割相当額が支給される「償還払い」と、利用者が1割、2割、3割相当額を市に登録した施工業者へ支払い、その後、市が上限額内で費用の9割、8割、7割相当額を市に登録した施工業者へ支払う「受領委任払い」があります。

受領委任払いによる住宅改修費支給申請の際は、「ウ. 申請に必要なもの」に加えて、「住宅改修に係る受領委任通知書」（関連帳票集参照）が必要です。

なお、認定申請中や入院中の方等は、受領委任払いを利用することはできません。また、受領委任払いで申請した後入院・入所したり、区分変更の申請を行ったりした場合には償還払いに変更になります。

イ. 申請をすることができる人

居宅要介護被保険者等のうち、認定有効期間中に住宅改修をこれから行おうとする人

* 改修前に支給申請を行う必要があります。

ウ. 申請に必要なもの

- ・ 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（第28号様式）
- ・ 見積書（改修に要する材料費と工賃等改修の内訳の分かるもの、被保険者の氏名が書かれているもの）
- ・ 住宅改修を必要とする理由書（ケアマネジャー等専門知識を有する者が作成したもの）
- ・ 完成前の状態の確認ができる書類（改修場所ごとの改修前の日付入り写真等）
- ・ 平面図
- ・ 藤沢市介護保険住宅改修点検同意書
- ・ 建物所有者の住宅改修についての承諾書（改修をする建物の所有者が本人以外の場合または共有の建物である場合のみ）
- ・ 必要書類のチェックリスト（支給申請）

* 受領委任払いによる支給申請の際は、併せて「住宅改修に係る受領委任通知書」も必要です。

エ. 注意事項

- ・ 住宅改修の着工予定日が要介護認定等の有効期間中であることが必要です。
- ・ 事前申請の内容を審査し、住宅改修を行う必要があると判断される場合は、対象工事の範囲等を記載した「介護保険住宅改修確認結果通知書」（第28号様式の3）が送付されます。この通知書が送付される前に着工すると住宅改修費の支給は受けられません。
- ・ 申請内容及び確認結果通知書の内容と異なる工事を行った場合は、原則として住宅改修費の支給を受け取ることができなくなります。
- ・ 事前申請において確認が必要と判断した場合、リハビリテーション専門職等による書類又は訪問による点検を行います。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



記入例

第28号様式(第30条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--|------------------------------------|--|
| 藤 沢 市 長 | | 2000年00月00日 | ◆被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。 | |
| 申請者 (被保険者) | 住 所 氏 名 電 話 番 号 | 藤沢市朝日町1-1 藤沢 介護 0466-00-0000 | | |
| 次のとおり居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。 | | | | |
| 申請の区分 | | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護住宅改修費 | <input type="checkbox"/> 介護予防住宅改修費 | ◆被保険者の情報を記入してください。 |
| 被 保 険 者 | 氏 名 | フリガナ フジサワ カイゴ | 保険者番号 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 10 年 10 月 10 日 | 被保険者番号 | |
| | 住 所 | 〒251-0000 藤沢市朝日町1-1 | 負 担 割 合 | 1 割 2 |
| 建物の所有者 | | 藤沢 給付 | 本人との関係 (長男) | |
| 改修の内容、 箇所及び規模 | | 箇所及び規模 | | ◆該当する改修種類に☑し、改修箇所及び規模を記入してください。 ◆添付書類の「住宅改修を必要とする理由書」や「見積書」等と内容が一致していることを確認してください。 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付 (廊下、階段) <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 (浴室の床) <input type="checkbox"/> 床材の変更 () <input checked="" type="checkbox"/> 扉の取替え (浴室の扉を開き戸から折れ戸へ変更) <input checked="" type="checkbox"/> 便器の取替え (和式から洋式へ変更) | | |
| 施工業者名 | | 〇〇ハウス | | ◆施工業者名を記入してください。 ※添付書類の見積書作成業者と同じ業者としてください。 |
| 着工予定日 | | 2000 年 00 月 00 日 | | ◆原則、受付日を含めて12営業日以降の日付を指定してください。ただし、審査状況等により前後する可能性があります。 |
| 見積金額 | | 210,000 円 | | ◆見積金額は、介護保険対象となる工事の金額を記入してください。 ◆支給限度基準額(20万円)を超える場合であっても、介護保険対象の工事であればその金額を記入してください。 |
| 添付書類 | | <input checked="" type="checkbox"/> 見積書 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修を必要とする理由書 <input checked="" type="checkbox"/> 改修前の状態が確認できる書類(写真等) <input checked="" type="checkbox"/> 建物所有者の住宅改修についての承諾書 <input checked="" type="checkbox"/> 必要書類のチェックリスト(支給申請) | | |
| 市処理欄のため、記入不要です。 | | | | |

④-2 住宅改修完了届

ア. 届出の概要

この届出は、居宅要介護被保険者等で「介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書」をすでに提出した者が、住宅改修が完了した際に、その旨を届け出るものです。

イ. 届出をすることができる人

居宅要介護被保険者等のうち、認定有効期間中に住宅改修をした人

ウ. 届出に必要なもの

改修後は次の書類が必要になります。

- ・住宅改修完了届（第28号様式の4）
- ・領収証（被保険者本人名。写し可）
- ・内訳書（改修に要した材料と工賃等改修の内訳の分かるもの）
- ・完成後の状態の確認ができる書類（改修場所ごとの改修後の日付入り写真等）
- ・必要書類のチェックリスト（完了届）
- ・介護保険住宅改修確認結果通知書（※確認番号を確認するため）

* 受領委任払いによる支給申請の際は、併せて「住宅改修に係る請求額証明書」も必要です。

エ. 注意事項

- ・住宅改修の着工日及び完成日が要介護認定等の認定有効期間中でない場合は、住宅改修費の支給を受けることはできません。また、「介護保険住宅改修確認結果通知書」に記載されている「確認番号」（次ページ参照）を必ず記入してください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、「支給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」を提出した上で、申告書に記入した申告者（相続人代表者）の氏名等を「住宅改修完了届」の申請者欄に記入してください。口座振込依頼欄には、記入した申告者（相続人代表者）の方の口座情報を記入してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給（不支給）決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、その口座に振り込まれます。

令和 ○年 ○月 ○日

251-8601
藤沢市朝日町 1 - 1

藤沢 太郎 様

藤沢市長
鈴木 恒 夫

介護保険 住宅改修 確認結果通知書

先に提出のありました住宅改修費支給申請につきましては、次のとおり確認しましたので通知します。

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | 藤沢 太郎 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------|-------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|-------|-------------|
| 受付年月日 | 令和 ○年 ○月 ×日 |
| 対象工事 | ・手すりの取付け |

| | |
|-------|-------------|
| 確認年月日 | 令和 ○年 ○月 △日 |
| 確認番号 | 2021002723 |

(注意事項)

- ・住宅改修完了届を提出する際には、この「介護保険 住宅改修 確認結果通知書」をお持ちください。
- ・介護保険認定申請の結果、「非該当（自立）」と判定された場合には、住宅改修費の支給を受けることはできませんので、ご注意ください。
- ・着工日が要介護・要支援認定の有効期間に含まれない場合は全額自己負担となります。
- ・やむを得ず、改修内容を変更する際は、必ず、着工前に担当の地域包括支援センター（いきいきサポートセンター）の職員又はケアマネジャーから介護保険課へご連絡ください。
- ・確認結果通知書が送付される前に着工した場合は介護保険の支給は受けられません。
- ・領収書の日付から2年を経過した場合は支給を受けることができなくなります。
- ・住宅改修費支給申請を取り下げる場合には、必ず介護保険課までご連絡ください。

問い合わせ先 藤沢市 介護保険課 総務・給付担当（本庁舎2階）
藤沢市朝日町1番地の1

TEL: 0466-25-1111

記入例

第28号様式の4(第30条関係)

住宅改修完了届

2000年00月00日

藤 沢 市 長

住 所

藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1

申請者
(被保険者)

氏 名
電話番号

藤 沢 介 護
0 4 6 6 - 0 0 - 0 0 0 0

◆被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入してください。

次のとおり住宅改修が完了しましたので届け出ます。

◆被保険者の情報を記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------|--------------------------------|---------|-------------------|---|---|---|---|---|---|
| 被 保 険 者 | フリガナ フジサワ カイゴ | 保 険 者 番 号 | 1 | 4 | 2 | 0 | 5 | | | |
| | 藤 沢 介 護 | 被 保 険 者 番 号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 生年月日 | 明・大(昭) 10年10月10日 | 負 担 割 合 | 1割・2割・ | | | | | | |
| | 住 所 | 〒251-0000 藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1 | | 電話番号 0466-00-0000 | | | | | | |

◆「介護保険住宅改修確認結果通知書」に記載されている「確認番号」を記入してください。

| | |
|---------|-------------------|
| 確認番号 | 2022012345 |
| 着 工 日 | 2000年 0月 0日 |
| 完 成 日 | 2000年 0月 0日 |
| 改 修 費 用 | 210,000円 |

◆着工日及び完成日を記入してしてください。
※着工日及び完成日時点において、要介護(要支援)認定を受けている必要があります。

委任欄
※本人以外の口座を指定する場合(支給方法が受領委任払いの場合を除く)、記入してください。

私に支給される居宅介護(介護予防)住宅改修費については、次の口座に振り込ましてください。なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したとして取り扱ってください。

被保険者氏名 **藤 沢 介 護** (印)

◆介護保険対象分の金額を記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|--------|---------|---|---|---|------------|---|---|
| 口座振込依頼欄 ※支給方法が受領委任払いの場合を除き、法人口座は指定できません。 | 銀行 藤 沢 信用金庫 | 本店 藤 沢 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 1 1 1 1 | 1 1 1 | ② 当座預金 | | | | | | | |
| | | | ③ その他 | | | | | | | |
| フリガナ | フジサワ キュウフ | | | | | | | 被保険者との続柄 | | |
| 口座名義人 | 藤 沢 給 付 | | | | | | | 長 男 | | |

◆被保険者本人以外の口座を指定する場合、被保険者本人の氏名を記入し、押印してください。

◆振込先口座を記入してください。

添付書類

領収証と内訳書 必要書類のチェックリスト(完了届)

完成後の状態が確認できる書類(写真等)

市処理欄のため、記入不要です。

住宅改修を必要とする理由書

| | | | | | |
|---|--------------|---|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | |
| | 認定申請状況 | | <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中（支援からの介護見込み新規申請含む） <input type="checkbox"/> 更新申請中 | | |
| | 要介護度(作成日時時点) | | 認定なし / 要支援（1・2） / 要介護（1・2・3・4・5） | | |
| 作成者 | 現地確認日 | 年 月 日 | 作成日 | 年 月 日 | |
| | 所属事業所 | TEL | 事業所番号 | | |
| | 氏名 | 介護支援専門員登録番号 | | | |
| | ケアプラン作成 | 有・無 | 資格 (介護支援専門員でないとき) | 社会福祉士・看護師・福祉住環境コーディネーター2級以上 その他（ ） | |
| 介護支援専門員等確認欄（作成者が介護支援専門員、地域包括支援センター職員でない場合のみ） | | | | | |
| 私は、福祉住環境コーディネーターと連携をとり、申請内容等について確認しました。 | | | | | |
| 所属事業所 | | 書類等確認日 年 月 日 | | | |
| TEL | | 氏名 | | | |
| 身体・疾病状況 | | 住改の履歴 | 家屋形態 | 居住形態 | |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 骨・関節障がい <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン症 <input type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高齢によるADL低下 <input type="checkbox"/> 治療によるADL低下 <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止 <input type="checkbox"/> 床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替 <input type="checkbox"/> 便座取替 同居家族 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 戸建（持家） <input type="checkbox"/> 戸建（借家） <input type="checkbox"/> 集合（持家） <input type="checkbox"/> 集合（民賃） <input type="checkbox"/> 集合（公賃） 障がい住改併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 リハ職の助言 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※本改修への助言 ※有は内容を「総合欄」へ記述 | ※戸建のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 1階建 <input type="checkbox"/> 2階建 <input type="checkbox"/> 3階建 外出・通院等状況 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| サービスの利用状況 | | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 入院・入所中（退院・退所予定日 年 月 日頃） | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 通所リハ 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 短期入所 週・月 日 | | <input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハ 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 / 時間 | | | | | |

| 身長/体重 | | 【 】 cm / 【 】 kg ※不明時は「不明」と記入する。 | | | | |
|----------------|---|---|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| 動作 | 日常生活動作の状況（現状の評価） | ※「実施不可（不要含）」の項目にはチェックを入れない | | 改修の必要性 | 福祉用具 | |
| 基本動作・移動 | <input type="checkbox"/> 起居動作(寝返り～端坐位) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 椅子等での立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 床での立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 移乗・移動 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 屋内歩行・出入り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 屋外歩行・出入り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 階移動又は段差昇降 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレの出入り・扉の開閉 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 便器での立ち座り・移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱・後始末 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 浴室の出入り・扉の開閉 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 浴室内の移動・立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 浴室内での姿勢維持 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 浴槽の出入り・立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢維持 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 洗体・洗髪・洗顔 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |
| | <input type="checkbox"/> 衣服の着脱・体をタオルで拭く | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |
| 家事 | <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |
| | <input type="checkbox"/> 調理(食事の支度) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |

<住宅改修の改修内容及び改修方針>

| 場所 | 改修が必要な項目 | 目的及び期待する効果 | ①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容 |
|---------|---|--|---|
| 玄関・屋外 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 廊下・階段 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| (居間・食堂) | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 寝室 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 台所 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| トイレ | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 浴室・脱衣所 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| その他 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |

<総合欄>

| |
|--|
| |
|--|

<保険者使用欄>

| | | |
|-----|-------|--|
| 確認日 | 年 月 日 | |
|-----|-------|--|

住宅改修を必要とする理由書

| | | | | | | | | |
|--|------------|--|---|---|---|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者氏名 | 藤沢 太郎 | | 被保険者番号 | 0 0 0 9 8 7 6 5 4 3 | | | |
| | 認定申請状況 | <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中（支援からの介護見込み新規申請含む） <input type="checkbox"/> 更新申請中 | | | | | | |
| | 要介護度(作成日時) | 認定なし / 要支援 (1 ・ 2) / 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) | | | | | | |
| 作成者 | 現地確認日 | 2000年10月25日 | | 作成日 | 2000年11月5日 | | | |
| | 所属事業所 | かきくけ工務店 Tel.0466-00-0XX0 | | 事業所番号 | | | | |
| | 氏名 | 神奈川 花子 | | 介護支援専門員登録番号 | | | | |
| | ケアプラン作成 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | 資格 (介護支援専門員でないとき) | 社会福祉士・看護師 福祉住環境コーディネーター2級以上 その他 () | | | | |
| 介護支援専門員等確認欄（作成者が介護支援専門員、地域包括支援センター職員でない場合のみ） | | | | | | | | |
| 私は、福祉住環境コーディネーターと連携をとり、申請内容等について確認しました。 | | | | | | | | |
| 所属事業所 江の島地域包括支援センター | | | | 書類等確認日 2000年 11月 10日 | | | | |
| Tel. 0466-X0-00XX | | | | 氏名 関東 一郎 | | | | |
| 身体・疾病状況 | | 住改の履歴 | 家屋形態 | 居住形態 | 福祉用具利用状況 | | | |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 骨・関節障がい <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> パーキンソン症 <input type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高齢によるADL低下 <input type="checkbox"/> 治療によるADL低下 <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ↓ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止 / <input type="checkbox"/> 床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替 <input type="checkbox"/> 便座取替 同居家族 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他 () | <input checked="" type="checkbox"/> 戸建（持家） <input type="checkbox"/> 戸建（借家） <input type="checkbox"/> 集合（持家） <input type="checkbox"/> 集合（民賃） <input type="checkbox"/> 集合（公賃） 障がい住改併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 リハ職の助言 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※本改修への助言 ※有は内容を 「総合欄」へ記述 | ※戸建のみ記入してください。 【2】 階建 主な生活階 【2】 階で生活 外出・通院等状況 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 () | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 ↓※工事箇所手すりのみチェック (□改修後撤去・ <input checked="" type="checkbox"/> 改修後併用) 【貸与】 <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 特殊寝台・ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器・ <input checked="" type="checkbox"/> 手すり・ <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> スロープ・ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助つえ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 【購入】 <input type="checkbox"/> 腰掛便座・ <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具・ <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具部分 | | | |
| サービスの利用状況 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 入院・入所中（退院・退所予定日 月 日頃） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 / 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ 週 2 回 / 2時間 <input type="checkbox"/> 短期入所 週 回 / 時間 | | <input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |

| 身長/体重 | | 【172】cm / 【84】kg ※不明時は「不明」と記入する。 | | | | |
|---------|--|--|---|-------------------------------|------------------------------|---|
| 動作 | 日常生活動作の状況（現状の評価） | ※「実施不可（不要含）」の項目にはチェックを入れない | | | 改修の必要性 | 福祉用具 |
| 基本動作・移動 | <input checked="" type="checkbox"/> 起居動作(寝返り～端坐位) | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 椅子等での立ち座り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 床での立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 移乗・移動 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 屋内歩行・出入り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 屋外歩行・出入り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 排泄 | <input checked="" type="checkbox"/> 階段移動又は段差昇降 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り・扉の開閉 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 便器での立ち座り・移乗 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 入浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・後始末 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室の出入り・扉の開閉 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内の移動・立ち座り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内での姿勢維持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽の出入り・立ち座り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢維持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 家事 | <input checked="" type="checkbox"/> 洗体・洗髪・洗顔 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・体をタオルで拭く | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |
| | <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |
| | <input type="checkbox"/> 調理(食事の支度) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |

<住宅改修の改修内容及び改修方針>

| 場所 | 改修が必要な項目 | 目的及び期待する効果 | ①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容 |
|---------|--|---|---|
| 玄関・屋外 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 廊下・階段 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| (居間・食堂) | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 寝室 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 台所 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| トイレ | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等 | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ①居室がある2階のトイレ入口が階段上(踊り場)にあり、病状進行によりふらつきも出てきたため転落の危険性を感じている。 ②転倒及び転落予防のために、2階トイレ入口横に縦手すりを設置する。 |
| 浴室・脱衣所 | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ①パーキンソン病によるふらつきのため、支持物なしでは開き戸の操作困難、浴室内移動困難及び転倒の危険あり。 ②浴室扉を開き戸から折れ戸へ変更。浴室内側にL字手すりを設置し、脱衣所側はレンタル手すりを継続利用することで浴室内外の出入り動作を自立させる。 |
| その他 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |

<総合欄>

妻は仕事があり、日中独居となる。できることは自分で行いたい。ベッド横、トイレ用、脱衣所側の手すりはレンタル中。他、家具等の手すりや柵を使用して屋内移動は自立。浴室は1階で、ユニットバス。浴槽出入り部(洗体場の立ち上がりにも併用可)と浴槽部には既存の手すりあり。階段の手すりも既存であり。上記の改修内容で、屋内移動面の自立環境の確保が可能。

<保険者使用欄>

| | |
|-----|-------|
| 確認日 | 年 月 日 |
|-----|-------|

住宅改修を必要とする理由書

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---------|--|--|--------|---|-------------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 被保険者 | 被保険者氏名 | 関東 ふじ | | 被保険者番号 | 9 | 9 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | 認定申請状況 | <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中（支援からの介護見込み新規申請含む） <input type="checkbox"/> 更新申請中 | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度(作成日時) | | 認定なし / 要支援(1・2) / 要介護(① ・2・3・4・5) | | | | | | | | | | | | | |
| 作成者 | 現地確認日 | 2000年11月1日 | | | | 作成日 | 2000年11月11日 | | | | | | | | |
| | 所属事業所 | かわせみ介護センター Tel 0466-25-XXXX | | | | 事業所番号 | 147XX012345 | | | | | | | | |
| | 氏名 | 片瀬 海子 | | | | 介護支援専門員登録番号 | 123-456-7890 | | | | | | | | |
| | ケアプラン作成 | <input checked="" type="checkbox"/> ・無 | | | | 資格 <small>(介護支援専門員でないとき)</small> | 社会福祉士・看護師・福祉住環境コーディネーター2級以上 その他 () | | | | | | | | |

介護支援専門員等確認欄（作成者が介護支援専門員，地域包括支援センター職員でない場合のみ）

私は、福祉住環境コーディネーターと連携をとり、申請内容等について確認しました。

| | | | | |
|-------|--------|---|---|---|
| 所属事業所 | 書類等確認日 | 年 | 月 | 日 |
| Tel | 氏名 | | | |

| 身体・疾病状況 | 住改の履歴 | 家屋形態 | 居住形態 | 福祉用具利用状況 |
|--|--|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 骨・関節障がい <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン症 <input type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高齢によるADL低下 <input type="checkbox"/> 治療によるADL低下 <input checked="" type="checkbox"/> その他 5年前に脳梗塞を発症し、右下肢に軽度の麻痺が残っている。 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止 / 床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替 <input type="checkbox"/> 便座取替 同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 戸建（持家） <input checked="" type="checkbox"/> 戸建（借家） <input type="checkbox"/> 集合（持家） <input type="checkbox"/> 集合（民賃） <input type="checkbox"/> 集合（公賃） 障がい住改併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 リハ職の助言 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※本改修への助言 ※有は内容を「総合欄」へ記述 | ※戸建のみ記入してください。 【2】 階建 主な生活階 【1】 階で生活 外出・通院等状況 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 通院・ <input checked="" type="checkbox"/> 買い物 <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 ↓※工事箇所手すりのみチェック (<input type="checkbox"/> 改修後撤去・ <input checked="" type="checkbox"/> 改修後併用) 【貸与】 <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 特殊寝台・ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器・ <input type="checkbox"/> 手すり・ <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> スロープ・ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行補助つえ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 【購入】 <input type="checkbox"/> 腰掛便座・ <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具・ <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具部分 |
| サービスの利用状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 入院・入所中（退院・退所予定日 年 月 日頃） | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 週 2回 / 2時間 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ 週 1回 / 2時間 <input type="checkbox"/> 短期入所 週 回数 / 時間 | <input type="checkbox"/> 通所介護 週 回数 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回数 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回数 / 時間 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

| 身長/体重 | | 【 155 】 cm / 【 46 】 kg ※不明時は「不明」と記入する。 | | | | |
|---------|--|--|---|--|------------------------------|--|
| 動作 | 日常生活動作の状況（現状の評価） | ※「実施不可（不要含）」の項目にはチェックを入れない | | | 改修の必要性 | 福祉用具 |
| 基本動作・移動 | <input checked="" type="checkbox"/> 起居動作(寝返り～端坐位) | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 椅子等での立ち座り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 床での立ち座り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 移乗・移動 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 屋内歩行・出入り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 屋外歩行・出入り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 排泄 | <input checked="" type="checkbox"/> 階段移動又は段差昇降 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り・扉の開閉 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 便器での立ち座り・移乗 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 入浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・後始末 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室の出入り・扉の開閉 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内の移動・立ち座り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内での姿勢維持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽の出入り・立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢維持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 家事 | <input checked="" type="checkbox"/> 洗体・洗髪・洗顔 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・体をタオルで拭く | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 調理(食事の支度) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | — |

<住宅改修の改修内容及び改修方針>

| 場所 | 改修が必要な項目 | 目的及び期待する効果 | ①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容 |
|-----------|---|---|---|
| 玄関・屋外 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ①上り框の段差が25cmあるが, 右下肢麻痺のためコントロール不良で, 既存の手すり使用のみでは足が上がりづらい。 ②上がり框に13cmの式台を設置し, 手すりと併用して外出が自立可能な環境にする。既成の式台で玄関サイズに合うものがないため, 改修として作成する(図面参照)。 |
| 廊下・階段 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| (居間・室・食堂) | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 寝室 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 台所 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| トイレ | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等 | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 浴室・脱衣所 | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ①浴槽に入る際は浴槽縁に座り直し, 右手で入浴グリップを掴んでいるが, 浴槽奥に左手で支えるものがないため浴槽内に体が倒れこむ危険がある。また出る際は麻痺側から出るため, 動作がより不安定になりやすい。 ②現在は見守りで実施している浴槽への出入りの自立と, 浴槽内の姿勢保持をより安全にするために, 縦手すり1本と浴槽奥側に横手すり1本を設置する(浴用グリップは改修後撤去予定)。 |
| その他 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |

<総合欄>

玄関上がり框には1年前に手すりを設置しているため, 式台と併用して使用する。特殊寝台は自費レンタル中。通所リハビリテーションの理学療法士から, 「浴槽手すりは洗い場床から60cmの位置に設置が必要」と助言を受けている。屋外歩行は500m程度、段差越えも10cmまではスモールベースの4点杖を使用して自立。

<保険者使用欄>

| | |
|-----|-------|
| 確認日 | 年 月 日 |
|-----|-------|

住宅改修を必要とする理由書

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---------------------|
| 被保険者 | 被保険者氏名 | 湘南 のかぜ | | 被保険者番号 | 0 0 0 0 A B C 1 2 3 |
| | 認定申請状況 | <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中（支援からの介護見込み新規申請含む） <input type="checkbox"/> 更新申請中 | | | |
| | 要介護度(作成日時) | 要支援 2 | | | |
| 作成者 | 現地確認日 | 20〇〇年 10月 10日 | 作成日 | 20〇〇年 10月 31日 | |
| | 所属事業所 | 富士山包括支援センター Tel 0466-X0-XX00 | 事業所番号 | 14XXXX12345 | |
| | 氏名 | 川名 松子 | 介護支援専門員登録番号 | A-0001 | |
| | ケアプラン作成 | 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 資格 (介護支援専門員でないとき) | 社会福祉士 | |
| 介護支援専門員等確認欄（作成者が介護支援専門員、地域包括支援センター職員でない場合のみ） | | | | | |
| 私は、福祉住環境コーディネーターと連携をとり、申請内容等について確認しました。 | | | | | |
| 所属事業所 | | | 書類等確認日 年 月 日 | | |
| Tel | | | 氏名 | | |
| 身体・疾病状況 | 住改の履歴 | 家屋形態 | 居住形態 | 福祉用具利用状況 | |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障がい <input type="checkbox"/> 骨・関節障がい <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input checked="" type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン症 <input checked="" type="checkbox"/> 内部疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高齢によるADL低下 <input type="checkbox"/> 治療によるADL低下 <input type="checkbox"/> その他 特記：手指変形は中等度だが症状固定し、痛みは自前内。現在は膝、足関節変形及び痛みが中等度あり。 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ↓ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止 /床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替 <input type="checkbox"/> 便座取替 同居家族 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (夫・長男夫 婦と同居) | <input checked="" type="checkbox"/> 戸建（持家） <input type="checkbox"/> 戸建（借家） <input type="checkbox"/> 集合（持家） <input type="checkbox"/> 集合（民賃） <input type="checkbox"/> 集合（公賃） 障がい住改併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 リハ職の助言 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※本改修への助言 ※有は内容を「総合欄」へ記述 | ※戸建のみ記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 【2】階建 主な生活階 <input checked="" type="checkbox"/> 【1】階で生活 外出・通院等状況 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 通院・ <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> その他 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 ↓※工事箇所手すりのみチェック (□改修後撤去・ <input checked="" type="checkbox"/> 改修後併用) 【貸与】 <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 特殊寝台・ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器・ <input checked="" type="checkbox"/> 手すり・ <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> スロープ・ <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ・ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 【購入】 <input type="checkbox"/> 腰掛便座・ <input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具・ <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具部分 | |
| サービスの利用状況 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 予定・ <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 入院・入所中（退院・退所予定日 年 月 日頃） | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回 / 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ 週 1回 / 2時間(予定) <input type="checkbox"/> 短期入所 週・月 日 | | <input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回 / 時間 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 / 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハ 月 2回 / 40分 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

| 身長/体重 | | 【160】cm / 【50】kg ※不明時は「不明」と記入する。 | | | | |
|---------|--|--|---|--|------------------------------|--|
| 動作 | 日常生活動作の状況（現状の評価） | ※「実施不可（不要含）」の項目にはチェックを入れない | | 改修の必要性 | 福祉用具 | |
| 基本動作・移動 | <input checked="" type="checkbox"/> 起居動作(寝返り～端坐位) | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 椅子等での立ち座り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 床での立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 移乗・移動 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 屋内歩行・出入り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 屋外歩行・出入り | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 排泄 | <input checked="" type="checkbox"/> 階段移動又は段差昇降 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り・扉の開閉 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 便器での立ち座り・移乗 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 入浴 | <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・後始末 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室の出入り・扉の開閉 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内の移動・立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内での姿勢維持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽の出入り・立ち座り | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢維持 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 家事 | <input checked="" type="checkbox"/> 洗体・洗髪・洗顔 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱・体をタオルで拭く | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |
| | <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |
| | <input type="checkbox"/> 調理(食事の支度) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | - |

<住宅改修の改修内容及び改修方針>

| 場所 | 改修が必要な項目 | 目的及び期待する効果 | ①日常生活動作の状況(現状の評価)を踏まえた具体的な困難状況 ②具体的な改修内容 |
|---------|---|--|--|
| 玄関・屋外 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 廊下・階段 | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ①2階に浴室があり、現在は家族の軽介助で階段を昇降している(介助者の肩を杖代わりにしている)。また内部疾患に関しては内服で運動に関しても問題なし。 ②手の変形があっても使用可能な形状の手すりを選定し、両膝及び両足関節の痛みや関節変形予防の目的で両側に2本設置する(図面参照)。 |
| (居間・食堂) | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 寝室 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| 台所 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |
| トイレ | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え等 | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② ※トイレの立ち座り用の手すりレンタル中。 |
| 浴室・脱衣所 | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消・浴槽の取替え等 <input checked="" type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input checked="" type="checkbox"/> ユニットバスへの取替え | <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ①以前に浴室で転倒既往あり。現状のタイル床や浴室や浴槽への出入り部に手すりがなく、移動が不安定になりやすい。現在、シャワーチェアのみ使用。 ②浴室をユニットバスへ変更する。転倒予防目的に介護保険適用箇所として、床材をタイルから滑りにくい素材に変更することと、浴室及び浴槽出入り部、浴槽横の3か所に使用可能な形状の手すりを新設(図面参照)。 |
| その他 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止・床材の変更 <input type="checkbox"/> 引戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 転倒等の防止, 安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ① ② |

<総合欄>

居室や食卓は椅子とテーブルを使用して起立、移乗は自立。また市販のサイドレール付きベッドを使用して起居動作も自立。改修案作成にあたり訪問リハで評価した内容を盛り込んでおり、改修後も生活動作の練習と安定化を図るとともに、体力向上目的に半日のデイサービスを併用予定。また安全なADL動作獲得後には訪問リハを終了し、半日のデイサービスを週2回にして、その後も改修後の家屋を使用できる体力維持を目標とする。

<保険者使用欄>

| | |
|-----|-------|
| 確認日 | 年 月 日 |
|-----|-------|

(参考) 住宅改修の承諾書

住宅改修費の支給対象となる住宅改修を行う場合に、その住宅が被保険者本人の所有するものではないときには、当該住宅の所有者から住宅改修をすることについての承諾を得る必要があります。

この承諾の事実を確認するために作成したものが「住宅改修の承諾書」です。

なお、住宅改修をする建物が共有名義の物件である場合には、被保険者本人を除くすべての共有者がこの承諾書を作成する必要があります。

【書き方見本】

承諾日は、西暦又は元号のどちらでも構いません。
なお、承諾は住宅改修の実施前にあらかじめ行われるべきものであるため、承諾日が住宅改修の実施日以前の日であることを確認してください。

〇〇〇〇年 〇月 〇〇日

住 宅 改 修 の 承 諾 書

住宅改修費の申請者（被保険者）であることを確認してください。

(住宅所有者)

住 所 藤沢市〇〇町1番地

氏 名 藤 沢 一 郎

申請書の記載した住宅改修を行う建物の所有者の住所及び氏名が記載されていることを確認してください。

私は、私が所有する下記表示の住宅に、(被保険者) 藤 沢 太 郎 が、別紙「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。

住宅改修を行う住宅（所在地）

藤 沢 市 〇〇町1番地

※ 建物が2人以上の者の共有物件である場合には、共有者全員の住宅改修についての承諾が必要になります。この場合は、共有者1人ごとに「住宅改修の承諾書」を作成してもらうこととなりますので、注意してください。

⑤介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払用）

ア. 申請の概要

この申請は、被保険者証を提示せずに介護サービス等を利用したこと、居宅サービス等計画作成依頼の届出を市にしていないこと等により、提供を受けた介護サービス等の費用の全額をサービス提供事業者を支払った場合に、保険給付相当額（サービス計画費以外の介護サービス等については費用の額の9割、8割または7割相当額、サービス計画費については費用の額の10割相当額）の支給を受けるためのものです。

イ. 申請をすることができる人

要介護被保険者等で費用の全額を支払って介護サービス等の提供を受けた人

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払用)(第24号様式)
または、藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費支給申請書
- ・領収証（サービス費用の全額の支払を証するものに限る。写し可。）
- ・サービス提供証明書
- ・サービス利用票及び、サービス利用票別表（サービス計画費の申請時のみ必要）

エ. 注意事項

- ・申請はサービス提供月、申請の区分（居宅サービス費、地域密着型サービス費、第1号事業支給費、計画費等のほか、月途中において要介護認定と要支援認定をまたがる変更があった場合は介護サービス、介護予防サービスの区分）のそれぞれに分けて申請書を提出してください。第1号事業支給費の申請は、申請書の様式が異なります。
- ・「領収証」に記載された金額と、「サービス提供証明書」の保険分の請求額と利用者負担額の合計額とが一致しているかを確認してください。
- ・被保険者本人が死亡している場合は、申請書の「相続人による受領申立欄」に記入の上、戸籍謄本等の相続人であることが確認できる書類を添付してください。指定口座欄には、相続人の方の口座情報を記載してください。
- ・後日、介護保険課から支給の可否を記載した「介護保険給付費支給（不支給）決定通知書」が送付され、支給が決定された場合には、指定の口座に振り込まれます。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



記入例

第24号様式(第26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(償還払用)

◆申請日を記入してください。

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------|
| 藤 沢 市 長 | | 2000年00月00日 | |
| 次のとおり、申請します。 | | ◆個人番号(マイナンバー)が不明の場合は、空欄のまま、ご提出ください。 | |
| 被 保 険 者 (申 請 者) | 被保険者番号 | 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 | 個人番号 1234517 |
| | フリガナ氏名 | フジサワ カイゴ 藤 沢 介 護 | 生年月日 明・大・昭 12年 8月 1 |
| | 住 所 | 〒251-0000 藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1 | 電話番号 0466-25-00 |
| 申 請 理 由 | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書を提出せずに利用 <input type="checkbox"/> その他(| | |
| 利 用 年 月 | 令和 0 年 1 月 | | |
| 支 払 金 額 合 計 | 20,000円 ※当該利用月の合計支払 | | |

◆被保険者番号、被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、住所、電話番号を記入してください。
◆成年後見人等が申請する場合には、被保険者の氏名・住所等の横に後見人の氏名・住所等を併記し、登記事項証明書の写し等を添付してください。

◆申請理由を選択してください。その他の場合は理由を具体的に記入してください。

◆サービスの利用年月を記入してください。

◆支払ったサービス費用の合計金額を記入してください。

相続人による受領申立
(この欄は、被保険者がお亡くなりになっている場合に、相続人が申請するときのみ記入してください。)
被保険者(被相続人)の相続人代表者として、その他の相続人の同意のもと、被相続人に支給される介護給付費等は、私が受領することとなりましたので、届出します。また、この件に関して、問題が生じたときは、相続人代表者である私が責任をもって解決します。

【注意】
この欄は、被保険者がお亡くなりになっている場合のみ、記入してください。

| | | | |
|----------|--------------------------------|----------|-----------|
| 相続人代表者氏名 | 藤 沢 支 援 | 被保険者との続柄 | 妻 |
| 住 所 | 〒251-0000 藤 沢 市 朝 日 町 1 - 1 | 電話番号 | 0466-25-0 |

| | | | | | | |
|------------------|---------|--|------------------------------|-------|---------------|-----------------|
| 指 定 口 座 | 金融機関名 | 藤 沢 | 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 | 支店名 | 藤 沢 | 本店 支店 出張所 |
| | 金融機関コード | 9 9 9 9 | | 支店コード | 9 9 9 | |
| | 預金種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| | フリガナ | フジサワ タロウ | | | | |
| | 口座名義 | 藤 沢 太 郎 | | | | |

◆振込先口座を記入してください。

※被保険者以外の方の口座を指定された場合は、受領に関する権限が委任されたものとして取り扱います。

【事務処理欄】

この欄は、市処理欄のため記入不要です。

【相続人による受領申立時に必要な書類】

※郵送で提出する場合は、写しを添付してください。

- 1 相続人であることが確認できる書類(戸籍謄本等)
(被保険者の死亡時に同一世帯であった方は省略できます。)
- 2 成年後見人等が提出する場合
 - (1) 成年後見人等の本人確認書類(運転免許証等)
 - (2) 登記事項証明書等の写し

⑥藤沢市介護保険負担限度額認定申請書

ア. 申請の概要

この申請は、介護保険施設等に入所等をしている要介護被保険者等や短期入所サービスを利用している要介護被保険者等のうち、介護保険施設等において提供を受ける食事・居住費等に係る自己負担額の軽減を受けるためのものです。この申請により軽減措置の認定を受けた場合は、当該要介護被保険者等の収入状況等に応じて、介護保険施設等などのサービス提供事業者との契約により決まる食費や居住費等が引き下げられます。

イ. 適用要件

次の表の、「所得要件」と「資産要件」の両方を満たしている必要があります（生活保護受給者には、資産要件はありません。）。

なお、適用要件に該当せず非該当となった場合でも、その後再申請した時点で適用要件に該当すれば軽減を受けることができます。

| 段階 | 所得要件 | 資産要件（預貯金等の額） | | | |
|-------|--|--------------|-----------|-----------|-----------|
| | | 65歳以上の方 | | 64歳以下の方 | |
| | | 単身 | 夫婦 | 単身 | 夫婦 |
| 第1段階 | ・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、老齢福祉年金の受給者 ・生活保護受給者（資産要件なし） | 1,000万円以下 | 2,000万円以下 | 1,000万円以下 | 2,000万円以下 |
| 第2段階 | ・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の年金収入等の合計額 ^{※2} が <u>80万円以下</u> の方 | 650万円以下 | 1,650万円以下 | | |
| 第3段階① | ・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の年金収入等の合計額 ^{※2} が <u>80万円超120万円以下</u> の方 | 550万円以下 | 1,550万円以下 | | |
| 第3段階② | ・世帯全員 ^{※1} が市町村民税非課税で、本人の年金収入等の合計額 ^{※2} が <u>120万円超</u> の方 | 500万円以下 | 1,500万円以下 | | |

※1 別世帯の配偶者（内縁関係含む）がいる場合は、配偶者も市町村民税非課税であることが要件です。

※2 年金収入等の合計額

合計所得金額^{※3}、課税年金収入額（国民年金・厚生年金・共済年金など）、非課税年金収入額（遺族年金・障がい年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金など）の合計額のことです。

※3 合計所得金額

収入金額から必要経費に相当する金額を控除した金額のことで、扶養控除や医療費控除などの所得控除をする前の金額です。ここから公的年金に係る雑所得を控除した額を用います。合計所得金額に給与所得が含まれている場合は、給与所得から10万円を控除した金額を用います。また、土地売却等に係る特別控除額がある場合は、合計所得金額から長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額を控除した金額を用います。

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険負担限度額認定申請書（第37号様式）
- ・本人の「預貯金等」が確認できる通帳等の写し（すべての口座等※）
- ・配偶者の「預貯金等」が確認できる通帳等の写し（すべての口座等※）
（配偶者がいる場合のみ。別世帯の配偶者や内縁関係の人も含みます。）
- ・成年後見人等が申請する場合は、登記事項証明書の写し

| 預貯金等に含まれるもの | 必要な書類 |
|---|--|
| 預貯金(普通・定期・積立定期・貯蓄など) | <ul style="list-style-type: none"> ・通帳の写し（複数の口座をお持ちの場合は、すべて提出が必要です。） ・「金融機関名」「口座番号」「口座名義人」の分かるページ ・「直近2か月程度の履歴」を確認できるページ ※年金を受給している方は「年金の振込履歴」を確認できる部分も必要です。 ・「最終残高」を確認できるページ ・インターネットバンクは、口座残高を確認できるページを印刷し、添付してください。 |
| 出資金（農業組合・信用金庫など） | <ul style="list-style-type: none"> ・出資証券・残高通知・残高証明の写し等（ウェブサイトの写しも可） |
| 有価証券（株式・国債・地方債・社債など） | <ul style="list-style-type: none"> ・証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| 投資信託 | <ul style="list-style-type: none"> ・銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| 金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価が容易に把握できる貴金属 | <ul style="list-style-type: none"> ・購入先の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| その他(現金・負債等) | <ul style="list-style-type: none"> ・現金は自己申告、負債は借用書等の写し。 |
| 【対象外の資産】生命保険、自動車、貴金属(時価の把握が困難なもの)、絵画、骨董品、ゴルフ会員権など | |

エ. 注意事項

- ・後日、介護保険課から認定の可否を記載した「介護保険負担限度額認定決定通知書」が送付され、認定の決定を受けた場合には、併せて「介護保険負担限度額認定証」が送付されます。
- ・「介護保険負担限度額認定証」が届き次第、入所または入院している介護保険施設等に必ず提示してください。（提示をしない場合、軽減を受けることができないことがあります）

藤沢市ホームページ
 該当ページ
 二次元コードはこちら



藤沢市介護保険負担限度額認定申請書

2024年 4月 1日

藤沢市長

次のとおり、介護保険負担限度額認定の申請をします。

1. 申請区分 新規 更新 再申請（所得更正等） 課税世帯の特例減額

2. 代理人が申請する場合 ※被保険者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。

| | | | |
|-------|------------------------|----------|---|
| 代理人氏名 | 介護 花子 | 被保険者との関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 親族(続柄: 妻) <input type="checkbox"/> 成年後見人等(登記事項証明書等添付) <input type="checkbox"/> その他() |
| 代理人住所 | 〒251-8601 藤沢市朝日町1-1 | 電話番号 | 0466-25-1111 |

3. 被保険者に関する事項

| | | | |
|---------------|---|----------|---------------------|
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 | 個人番号 | |
| 氏名 | フリガナ カイゴ タロウ 介護 太郎 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 30年1月1日 |
| 住所 | 〒251-0036 藤沢市江の島100 | 電話番号 | 0466-25-0000 |
| 入所(院)中の介護保険施設 | 種別 <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム ※上記以外の施設及びショートステイは記入不要です。 施設名 特別養護老人ホーム 江の島 | 入所(院)年月日 | R2年12月1日 |

4. 配偶者に関する事項 ※配偶者には、別世帯・内縁関係の方も含まれます。

| | |
|--------|--|
| 配偶者の有無 | <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者あり (下の欄に記入してください。) |
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 5 6 7 8 9 |
| 氏名 | フリガナ カイゴ ハナコ 介護 花子 |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 藤沢市朝日町1-1 |

5. 収入等に関する申告

| | |
|-------------|---|
| 生活保護の受給 | <input type="checkbox"/> 受給中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給なし |
| 世帯課税状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 |
| 配偶者の課税状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 |
| 本人の非課税年金の受給 | <input checked="" type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 遺族年金受給(寡婦年金・かん夫年金・準母子年金・遺児年金含む。) <input type="checkbox"/> 障害年金受給 年金保険者への届出住所 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> その他() |

| 要介護認定 | 年月日～年月日 | 所得段階 | 1号 | | 2号 | |
|---------|----------------|------------------------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | 単身 | 夫婦 | 単身 | 夫婦 |
| 生保・老福 | 生保受給・老福受給・受給なし | | 1,000万円以下 | 2,000万円以下 | | |
| 世帯課税状況 | 非課税・課税 | <input type="checkbox"/> 第1段階 | 650万円以下 | 1,650万円以下 | 1,000万円以下 | 2,000万円以下 |
| 配偶者課税状況 | 非課税・課税 | <input type="checkbox"/> 第2段階 | 550万円以下 | 1,550万円以下 | | |
| 給付世帯所得 | 円 | <input type="checkbox"/> 第3段階① | 500万円以下 | 1,500万円以下 | | |
| 非課税年金収入 | 円(遺族・障害) | <input type="checkbox"/> 第3段階② | - | - | | |
| 収入額合計 | 円 | <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当) | | | | |
| 判定結果 | 該当・非該当(所得・資産) | 有効期間 | 年 月 日 ～ 年 7月31日 | | | |

6. 資産状況に関する申告 ※生活保護を受給している方は記入不要です。

- ・本人と配偶者（※別世帯・内縁関係の方も含む。）の資産の額を記入してください。
- ・預貯金通帳等、資産の額が確認できる書類の写しをこの申請書に添付してください（下表参照）。

| (1) 預貯金等 | | | |
|----------|------|-------------|-------------|
| 金融機関名 | 支店名 | 名 義 | 残 高 |
| 〇〇銀行 | 〇〇支店 | 本人・配偶者 | 2,000,000 円 |
| △△農業協同組合 | △△支店 | 本人・配偶者 | 1,800,000 円 |
| | | 本人・配偶者 | 円 |
| | | 本人・配偶者 | 円 |
| | | 本人・配偶者 | 円 |
| | | 現金 | 200,000 円 |
| | | 負債（マイナスで記載） | 円 |

| (2) 出資金・有価証券・投資信託等 | | | |
|--------------------|------|--------|--------------------|
| 金融機関名 | 支店名 | 名 義 | 金額(概算評価額) |
| △△農業協同組合 | △△支店 | 本人・配偶者 | 200,000 円 |
| | | 本人・配偶者 | 円 |
| 資産額合計 | | | 4,200,000 円 |

【提出が必要な書類】※生活保護を受給している方は、添付不要です。

| 区 分 | 必要な書類 |
|--|---|
| 預貯金 (普通・定期・積立定期・貯蓄など) | <ul style="list-style-type: none"> ・通帳の写し（複数の口座をお持ちの場合は、すべて提出が必要です。） ・「金融機関名」「口座番号」「口座名義人」の分かるページ ・「直近2か月程度の履歴」を確認できるページ ※年金を受給している方は「年金の振込履歴」を確認できる部分も必要です。 ・「最終残高」を確認できるページ ・インターネットバンクは、上記の箇所を確認できるページを印刷し、添付してください。 |
| 出資金(農業協同組合、信用金庫など) | ・出資証券・残高通知・残高証明の写し等(ウェブサイトの写しも可) |
| 有価証券(株式・国債・社債など) | ・証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可) |
| 投資信託 | ・銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可) |
| 金・銀(積立購入を含む。)など、購入先の口座残高によって時価が容易に把握できる貴金属 | ・購入先の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可) |
| その他(現金・負債等) | ・現金は自己申告、負債は借用書等の写し。 |

※対象外の資産：生命保険、自動車、貴金属(時価の把握が困難なもの)、絵画、骨董品、ゴルフ会員権など。

7. 個人情報の取扱いに関する同意欄

- ・この申請に係る資格要件等を確認するために必要があるときは、市で保管する住民記録情報、市町村民税課税情報及びその他必要な情報を市長が利用することに同意します。
- ・介護保険負担限度額認定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、その他関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（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。
- ・市長からの報告要求に対し、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ることに同意します。

被保険者氏名： 介護 太郎
 配偶者氏名： 介護 花子

【注意事項】

- ・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可能性があります。
- ・負担限度額の認定を受けた後に、世帯状況や資産の額に変動があり、認定の基準を満たさなくなった場合等には、異動のあった日に遡って対象外となり、支給された額を返還していただくことがあります。

| 市 確 認 欄 | 個人番号確認 | 備考 | 受付 | 入力 | 確認 | 交付 |
|------------------|--|----|----|----|----|----|
| | 【番 号】個カ・通カ・住民票 【本人確認】個カ・免・身・住B・その他 () | | | | | |

⑦介護保険利用者負担額減額・免除申請書

ア. 申請の概要

この申請は、要介護被保険者等またはその者の属する世帯の生計中心者（生計を主として維持する者）が震災等の災害により住宅等の財産に著しい損害を受けた場合や生計中心者の死亡等により収入が著しく減少した場合に、当該要介護被保険者等が介護サービスを受けたときに本来支払うべき自己負担額（介護サービスに要した費用の1割・2割または3割相当額）の減免を受けるためのものです。

この申請により減免を決定された場合には、要介護被保険者等が受けた損害の程度に応じて、その自己負担額が次のとおり減免されます。

(ア) 地震・火災等により被災した場合

| 本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額 | 損害割合 | 給付率 | | |
|---------------------------|-------------|---------------|--------|--------|
| | | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
| 300万円未満 | 70%以上 | 100/100（全額免除） | | |
| | 50%以上 70%未満 | 97/100 | 94/100 | 91/100 |
| | 30%以上 50%未満 | 95/100 | 90/100 | 85/100 |
| | 30%未満 | 93/100 | 86/100 | 79/100 |

(イ) 住宅の床上浸水により被災した場合

| 本人又は生計中心者の 前年の段階判定所得金額 | 給付率 | | |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
| 300万円未満 | 95/100 | 90/100 | 85/100 |

(ウ) 収入減少事情のある場合

| 生計中心者の 前年の段階 判定所得金額 | 減少後の 収入額 | 前年所得に対する 減少割合 | 給付率 | | |
|---------------------------|--|------------------|--------|--------|--------|
| | | | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
| 350万円以上 450万円以下 | 生活保護 基準に 1.2を乗 じて得た 額以下で あるとき | 70%以上 | 93/100 | 86/100 | 79/100 |
| | | 70%以上 | 95/100 | 90/100 | 85/100 |
| 50%以上 70%未満 | | 93/100 | 86/100 | 79/100 | |
| 70%以上 | | 97/100 | 94/100 | 91/100 | |
| 50%以上 70%未満 | | 95/100 | 90/100 | 85/100 | |
| 30%以上 50%未満 | | 93/100 | 86/100 | 79/100 | |
| 150万円以上 250万円未満 | 70%以上 | 100/100（全額免除） | | | |
| | | 50%以上 70%未満 | 97/100 | 94/100 | 91/100 |
| | | 30%以上 50%未満 | 95/100 | 90/100 | 85/100 |
| | | 30%未満 | 93/100 | 86/100 | 79/100 |

イ. 申請をすることができる人

次のアからエまでのいずれかに該当する人

- (ア) 要介護被保険者等または生計中心者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財またはその他の財産に著しい損害を受けた場合
- (イ) 生計中心者の死亡、心身の重大な障がいまたは長期間の入院により、生計中心者の収入が著しく

減少した場合

- (ウ) 事業または業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により、生計中心者の収入が著しく減少した場合
- (エ) 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により、生計中心者の収入が著しく減少した場合

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険利用者負担額減額・免除申請書（第30号様式）
- ・特別の事情のある旨を証する書類
- ・収入状況を証する書面
- ・被保険者証（※受給資格を確認するため）

エ. 注意事項

- ・後日、介護保険課から減免の可否を記載した「介護保険利用者負担額減額・免除等決定通知書」が送付され、減免の決定を受けた場合には、併せて「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」が送付されます。
 - ・「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」が届き次第、利用している介護サービス事業者に必ず提示してください。
- ※なお、2011年3月11日に起きた東日本大震災により被災した方の一部の方については、自己負担額が免除される場合がありますので、転入等により新たに本市被保険者となった方が被災した方である場合は、介護保険課へお問い合わせください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



記入例

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

| | |
|---|---|
| 2000年 00月 00日 | |
| <p>被保険者本人の住所・氏名・生年月日を記入してください。</p> <p>藤</p> | <p>住所 藤沢市朝日町1番地の1</p> <p>申請者氏名 藤沢 介護</p> <p>電話番号 0466-00-0000</p> |
| <p>被保険者の情報を記入してください。</p> | |
| <p>次の通り利用者負担額の減免を申請します。</p> | |
| 減免の区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 減 額 <input type="checkbox"/> 免 除 |
| 被 保 険 者 | <p>フリガナ フジサワ タロウ</p> <p>氏 名 藤沢 介護</p> <p>生年月日 明・大・昭 00年</p> <p>住 所 〒251-0000 藤沢市朝日町1-1</p> <p style="text-align: right;">電話番号 0466-00-0000</p> |
| | <p>被保険者番号 0000123456</p> <p>個人番号</p> |
| | <p>個人番号が不明の場合は、空欄としてください。</p> |
| | <p>減免申請理由 台風00号により、住宅が倒壊したため</p> |
| <p>生計中心者の氏名 藤沢 介護</p> | <p>減免を受ける理由を記入してください。</p> |
| <p>生計中心者の前年所得金額 2,800,000円</p> | <p>生計中心者の氏名・前年所得金額を記入してください。</p> |
| <p>損害の程度</p> <p><input type="checkbox"/> 70パーセント以上</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 50パーセント以上70パーセント未満</p> <p><input type="checkbox"/> 30パーセント以上50パーセント未満</p> <p><input type="checkbox"/> 30パーセント未満</p> | <p>生計中心者の氏名・前年所得金額を記入してください。</p> |
| <p>添付書類 罹災証明書</p> | |
| <p>上記の申請について、次のとおり決定してよいでしょうか。</p> | |
| 課 長 | 課長補佐 |
| 主 査 | 担 当 |
| 公印使用承認印 | 起 案 |
| . . | |
| <p>災害等により被害を受けた場合はその損害の程度について、該当するものに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> <p>収入減少による場合は、前年の所得に対する減少の程度について、該当するものに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> | |
| <p>該当区分</p> <p><input type="checkbox"/> 藤沢市介護保険条例施行規則第36条第1項第1号</p> <p><input type="checkbox"/> 非該当</p> | <p>収入減少による場合は、前年の所得に対する減少の程度について、該当するものに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください。</p> |
| <p>決定区分</p> <p><input type="checkbox"/> 免除する。 <input type="checkbox"/> 減額する（パーセント）。</p> <p><input type="checkbox"/> 免除しない。 <input type="checkbox"/> 減額しない。</p> | |

⑧社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書

ア. 申請の概要

この申請は、神奈川県内の社会福祉法人等が提供する介護福祉施設サービス（特別養護老人ホーム）、訪問介護、通所介護、（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護（デイサービス）、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、第1号訪問事業、第1号通所事業を利用した場合に支払う自己負担額（これらのサービスに要する費用の1割相当額）、食費及び居住費等の軽減を受けるためのものです。

この「社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度」は、介護保険法の規定に基づくものではなく、「藤沢市社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度実施要綱」に基づくものであり、利用料の軽減を行う社会福祉法人等については、あらかじめ同要綱の規定により藤沢市に軽減を行う旨を届け出たものに限られます。

この申請により軽減対象者として市に認定された場合には、上記のサービスに係る通常の利用者負担額の原則として1/4に相当する額を減額します。

イ. 申請をすることができる人

次のア、イのいずれかに該当する人

(ア) 世帯全員が市町村民税非課税者である人(生活保護受給者を除く)。

- i 原則前年（1月から7月に申請の場合は前々年）の年間収入が単身世帯の場合は150万円、単身世帯以外の場合は世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下の人
- ii 預貯金等の額が、単身世帯の場合は350万円、単身世帯以外の場合は世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下の人
- iii 世帯全員が日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない人
- iv 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
(税法上及び健康保険上の被扶養者となっていないこと。)
- v 介護保険料を滞納していない人
(時効到来分については、給付制限期間終了まで滞納として扱います。)

(イ) 生活保護受給者

ウ. 申請に必要なもの

- ・社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書（第2号様式）
- ・収入・資産等に係る申告書兼同意書
- ・本人の健康保険証の写し（75歳以上の場合は不要）
- ・所得（課税）証明書
(令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。)
- ・収入を証する書類（同一世帯で収入（仕送り含む）のある人全員の年間収入額が分かるもの）
- ・預貯金等を証する書類（同一世帯で預貯金等のある人全員の預貯金等の額が分かるもの）
- ・資産を証する書類
(令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。)

エ. 注意事項

- ・この申請は地区福祉窓口では受け付けていません。
- ・添付書類等の詳しいことについては、介護保険課に確認してください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



書き方見本

第2号様式（第6条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書 新規 更新

| | | | | | | |
|---|------|---|--|--|--------------|--------------|
| 藤 沢 | | 新規又は更新に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | | | 20●●年 〇月 〇〇日 | |
| 社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象者としての確認を受けたいので、次のとおり申請 | | し す | | | | |
| 更新の場合、お手元の「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証」の確認番号をご記入してください。＊不明の場合は空欄で可 | | | | | | |
| 被保険者番号 | | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | | | 確認番号 | 111 |
| (申請者) 被 保 険 者 | フリガナ | フジサワ カイゴ | | | 生年月日 | 明・大 昭 |
| | 氏 名 | 藤 沢 介 護 | | | | 〇年〇〇月〇〇日 |
| | 住 所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 藤沢市朝日町1番地の1 | | | 電話番号 | 0466-00-0000 |
| 窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。） | | 来庁者が被保険者本人以外の場合は、ご記入ください。 | | | | |
| 氏名 藤沢 給付 | | | | | | 本人との続柄 妻 |
| 住所 藤沢市朝日町1番地の1 | | | | | | |

【市処理欄】

| | |
|-----|-------------------|
| 生活保 | 「市処理欄」以下は、記入不要です。 |
| 世 | |
| | |

⑨介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書

ア. 申請の概要

この申請は、各月において居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、第一号事業の利用に伴い支払をした自己負担額（これらのサービスに要する費用の1割相当額）の一部について助成を受けることができる者としての市の認定を受けるためのものです。

この「居宅サービス等自己負担額助成」は、介護保険法の規定に基づくものではなく、「藤沢市介護保険居宅サービス等自己負担額助成要綱」に基づくものであり、この申請により助成対象者として市に認定された場合には、毎月負担した自己負担額の合計額に対して1/2の額（5,000円が上限）の助成金が交付されます。ただし、当該額が100円未満の場合は助成されません。同一世帯で対象者が複数いる場合にも、個々のサービス利用に対して支給し、合算しないものとします。

なお、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度において、利用者負担額の軽減対象者となっている場合は、上記助成金の額から当該軽減額を控除して算出した金額が助成額になります（社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度において、5,000円/月以上の軽減を受けている場合、本制度による助成はされません。）。

イ. 申請をすることができる人

次のアからカの全てを満たす人

（生活保護受給者及び介護保険制度における境界層措置の適用者を除く。）

（ア）世帯全員が市町村民税非課税者である人

（イ）原則前年（申請月が1月から7月の場合は前々年）の年間収入が単身世帯の場合にあっては120万円、2人世帯にあっては180万円、3人以上の世帯にあっては240万円以下の人。ただし、賃貸住宅利用者においては、その実賃料（単身世帯にあっては70万円、2人世帯にあっては90万円を限度とする）を加算した額以下である人。

（ウ）預貯金等の額が単身世帯にあっては100万円、単身世帯以外にあっては世帯員が1人増えるごとに50万円をその額に加算した額以下である人。

（エ）世帯全員が日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない人。

（オ）負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

（税法上及び健康保険上の被扶養者となっていないこと。）

（カ）介護保険料の滞納がない人。

（時効到来分については、給付制限期間終了まで滞納として扱います。）

ウ. 申請に必要なもの

- ・介護保険居宅サービス等自己負担額助成認定申請書（第1号様式）
- ・収入・資産等に係る申告書兼同意書
- ・本人の健康保険証の写し（75歳以上の場合は不要）
- ・所得（課税）証明書

（令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。）

- ・収入を証する書類（同一世帯で収入（仕送り含む）のある人全員の年間収入額が分かるもの）
- ・預貯金等を証する書類（同一世帯で預貯金等のある人全員の預貯金等の額が分かるもの）

- ・資産を証する書類

(令和6年1月1日現在藤沢市に住所を有していた方及び生活保護受給者は不要です。)

エ. 注意事項

- ・この申請は地区福祉窓口では受け付けていません。
- ・添付書類等の詳しいことについては、介護保険課に確認してください。

藤沢市ホームページ
該当ページ
二次元コードはこちら



書き方見本

第1号様式（第5条関係）

介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書 新規 更新

令和〇年 〇月 〇〇日

藤沢市「新規」又は「更新」にしてください。

次のとおり、介護保険居宅サービス等自己負担額助成の申請をします。また、私及び私の属する世帯員の収入、資産等は収入・資産等に係る申告書のとおりです。

| | | | | |
|---|------|----------------------------------|--------|---|
| 被 保 険 者 （ 申 請 者 ） | フリガナ | フジサワ カイゴ | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | 氏名 | 藤沢 介護 | 住居 | <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 借家 <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 |
| | 生年月日 | 明・大 昭 〇年〇〇月〇〇日 | 電話番号 | 0466-00-0000 |
| | 住所 | 〒0000-0000 藤沢市朝日町1番地の1 | | |

今回の申請で介護保険居宅サービス等自己負担額助成の認定を受けた場合、私に交付される助成金については、次の口座に振り込んでください。なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものととして取り扱ってください。

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|----------|-----------------|------|-----------|--|
| 口 座 振 込 依 頼 欄 | 〇〇〇〇 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 〇〇 | 本店 支店 出張所 | 口座種目 | 口座番号 | |
| | 金融機関コード | | 店舗コード | | 普通預金 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | |
| | フリガナ | | フジサワ カイゴ | | | | |
| | 口座名義人 | | 藤沢 介護 | | | | |
| | 窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。） | | | | | | |

助成金の振込先口座の情報を記入してください。本人以外の口座を記入した場合、受領に関する権限を委任したものとします。

| | |
|-----------------------|-----------------|
| 氏名 藤沢 給付 | 電話 |
| 住所 藤沢市朝日町1番地の1 | 世帯員の続柄 妻 |

【市処理欄】

| | | |
|--------|--|-------|
| 生活保護 | <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 | 境界層措置 |
| 世帯課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 | 保険料滞納 |

来庁者が被保険者本人以外の場合は、ご記入ください。

「市処理欄」以下は、記入不要です。

参考

・受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届

保険給付の申請をする際に、その請求権を有している被保険者本人が死亡している場合には、その請求権は、その遺族等に相続されます。

相続人が保険給付の支給を受けるための申請をする際には、「受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届」の提出が必要です。

提出に必要な書類は次のとおりです。

| 相続人代表者と被保険者本人との関係 | 必要書類 |
|---------------------------|--|
| 親族（本人がお亡くなりになる前に同一世帯だった方） | 本人確認書類 |
| 親族（本人がお亡くなりになる前に別世帯だった方） | ① 本人確認書類 ② 相続人であることが確認できる書類（戸籍謄本の写し等） |
| 成年後見人等 | ① 成年後見人等の本人確認書類 ② 成年後見人等であることが確認できる書類（登記事項証明書等） |

介護保険課から本人宛に送付した届出書により申請する場合には、①本人確認書類は省略できます。

なお、受給資格者申告書を使用する可能性のある申請は、次のようなものがあります。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1 高額介護サービス費等支給申請2 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請3 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請 ※完了届提出の際に添付4 居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請 |
|---|

（次ページ書き方見本参照）

書き方見本

受給資格者申告書 兼 給付費支給指定口座変更届

藤 沢 市 長

私は次の被保険者（被相続人）に係る介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等について、その受給権を有する者であることを申告します。また、相続人代表者として、支給される給付費等に関しては、その他の相続人の同意のもと、私が受領することとなりましたので、届け出いたします。

なお、この件に関して他の相続人と問題が生じたときには、相続人代表者である私が責任をもって解決いたします。

| | | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------|
| 届 出 日 | 20××年 8月 1日 | |
| 相続人代表者 (申告者) | 住 所 | 藤沢市朝日町1番地の1 |
| | 氏 名 | 藤沢 給付 |
| | 被保険者との続柄 | 配偶者 ・ 子 () |
| | 電話番号 | 0466-00-0000 |
| 被保険者 (被相続人) ※お亡くなりになられた方 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 × × × × × × |
| | 住 所 | 藤沢市朝日町1番地の1 |
| | フリガナ | フジサワ カイゴ |
| | 氏 名 | 藤沢 介護 |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 10年 10月 10日 |
| 振込先口座を次の口座に変更します。 | | |
| 藤沢 銀行 信用金庫 協同組合 | 藤沢 本店 支店 出張所 | 種別 普通 2 当座 3 その他 |
| 金融機関コード 1 1 1 1 | 支店コード 0 0 1 | 口座番号 9 8 7 6 5 4 3 |
| フリガナ | フジサワ キュウフ | |
| 口座名義人 | 藤沢 給付 | |

◆相続人代表者の氏名等を記入してください。

◆お亡くなりになられた方（被保険者）の氏名等を記入してください。
※被保険者番号が不明の場合は、未記入で提出してください。

◆相続人代表者の口座を記入してください。

【注意事項】
 ※原則、この届出書が提出された月の翌月の振込分から変更後の口座に振り込みを行います。
 ※被保険者本人の口座が振込不能となった場合には、指定口座に振り込みを行います。

【提出時に必要な書類】 郵送で提出する場合は、必要書類等の写しを添付してください。

- 被保険者本人と同一世帯※の相続人が提出する場合
 申告者の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)
 ※被保険者本人がお亡くなりになった時点で、住民票上の同一世帯だった方をいいます。
- 被保険者本人と別世帯の相続人が提出する場合
 (1) 申告者の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)
 (2) 相続人であることが確認できる書類(戸籍謄本の写し等)
- 成年後見人等が提出する場合
 (1) 成年後見人等の本人確認書類(マイナンバーカードや運転免許証等)
 (2) 成年後見人等であることが確認できる書類(登記事項証明書の写し等)

生活援助サービスに係る同居等の考え方について（改訂版）

1 原則

【介護保険法施行規則第5条】

法第8条第2項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話は、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（居宅要介護者（同項に規定する居宅要介護者をいう。以下同じ。）が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。第17条の2及び第17条の5において同じ。）、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする。

【介護保険法施行規則第22条の19】

法第8条の2第14項の厚生労働省令で定める日常生活上の支援は、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（居宅要支援者が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要支援者の日常生活上必要なものとする。）、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の居宅要支援者に必要な日常生活上の支援とする。

2 定義

（1）同居の判断

- ① 同一家屋であること。
- ② 玄関、居室、台所、浴室等が独立でないこと。
- ③ 玄関、居室、台所、浴室等が独立していても室内階段、室内扉でつながっていること。
- ④ 同一敷地内に家族等が居住しており、家事の日常生活上の世話を行っていること。

（2）同居している家族等の障害、疾病等とは…。

- ・ 障害…同居の家族等が障害（身体、知的、精神）を有しており、利用者に対する家事、日常生活上の世話を行うことが困難であること。
- ・ 疾病等

- ① 疾病…同居の家族が疾病のため、家事、日常生活上の世話を行うことが困難であること。
- ② ア) 家族が就労等で、長時間にわたり日中不在になり、利用者のための必要な家事、日常生活上の世話を行うことが困難であること。
イ) 同居の家族の介護拒否、介護放棄が認められる場合であって、援助又は支援が期待できず、家事、日常生活上の世話を行うことが困難であること。

ウ) その他の事情により、家事、日常生活上の世話をを行うことが困難であること。

例えば、

- ・家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事等がある場合。
 - ・家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きるおそれがある場合。
 - ・家族が仕事で不在の時に、家事等を行わなくては日常生活に支障がある場合。
- などがあります。

以上の状況にある場合であって、居宅サービス計画、介護予防サービス計画、訪問介護（介護予防）計画に位置づけられ、サービス担当者会議でなぜ同居の家族等を行うことが困難なのか、生活援助の内容、時間、回数が適切か、日常生活全般の解決すべき課題かどうか、代替え策があるか否かを明確にし、生活援助サービスが必要であると判断した場合には、提供できるものとします。例えば家族等の就労により必要な場合には、就労の状況や休日の状況などを明確にし、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に記録しておく必要があります。

3 同居の家族等がいる場合の生活援助サービス

- ① 利用者以外の方に対する洗濯、調理、買い物、布団干しは提供できない。
- ② 利用者が主に使用している部屋以外の掃除は、提供できない。
- ③ 同居の家族等が要支援認定又は要介護認定を受けている場合は、利用者と同居の家族等それぞれに対して介護予防支援又は居宅介護支援が行われるため、①及び②のサービスはそれぞれの介護予防支援又は居宅介護支援で生活援助サービスとして算定する。

4 生活援助サービスの判断について

生活援助サービスを算定するにあたっては、次の項目に留意して生活援助サービスが妥当か否かを判断してください。

1 本人ができるか、できないか？

本人ができることは、訪問介護・介護予防訪問介護の算定をすることはできない。本人ができない場合は、できない理由を十分に検討する。

2 必要なサービスかどうか？

本人が日常生活を営む上で必要なサービスか？ 回数、時間は適切か？

3 同居の家族等ができるか、できないか？

同居の家族等ができる場合は、訪問介護・介護予防訪問介護を算定することはできない。本人ができない場合は、同居の家族等の状況を判断する。2（1）（2）に該当するかどうかで判断する。

4 ホームヘルパーですか？ ホームキーパーですか？

生活援助サービスは、介護保険法施行規則の規定のとおり、単身の世帯に属するため又は同居の家族等の障害、疾病等のため、自ら行うことが困難な家事で日常生活上必要なものになる。

生活援助サービスを算定するには、十分なアセスメント、サービス担当者会議等を通じた十分な必要性に関する検討をした上で、生活援助を算定する。

2010年（平成22年）7月6日 藤沢市介護保険課

訪問介護に係る院内介助の取扱いについて（改訂版）

【原則】院内での訪問介護は算定できない。病院の職員等で対応すべきこと

【参考】平成15年5月30日（厚生労働省老健局発 介護報酬に係る Q&A）

Q5 通院・外出介助における受診中の待ち時間の取扱いについて

A5 通院・外出介助における単なる待ち時間はサービス提供時間に含まない。院内の付添いのうち具体的な「自立生活支援のための見守りの援助」は身体介護中心型で算定できる。なお、院内の付添いなど居宅以外において行われる訪問介護については、居宅において行われる目的地（病院等）に行くための準備を含む一連のサービス行為としてみなし得る場合に限り認められるため、院内の付添い行為をもってして単独行為として算定することはできない。

院内介助は医療保険で提供されるべきサービスです。サービスを提供する前に病院側と院内介助の必要性について調整してください。

なお、調整の結果として病院の医師等に院内介助の依頼書等を書いていただく必要はありません。

調整の結果、例外的に自立生活支援のための見守りの援助として訪問介護のケアプランに位置づける場合は、次の①、②を満たす場合にあくまでもケアマネジャーの判断により、位置づけることとなります。

例外的に算定する場合

①利用者の心身の状況を勘案して…。

- ・ そのヘルパーが訪問介護を実施しないと利用者が精神的に不穏になる。
- ・ ヘルパー介助がないと、診察が適切に行われない場合等
→アセスメントにより、心身の状況を十分に把握している。
→ケアプランにその理由付けがされている。

②利用者の自立生活支援に繋がる。

- ・ サービス担当者会議等で設定（確認）している「自立生活支援」に繋がる目標等に院内介助がどういう役割を果たすか、明確になっている。

2010年（平成22年）8月5日 藤沢市役所 介護保険課 総務・給付担当

指定訪問介護、指定介護予防訪問介護における“散歩”の考え方について (改訂版)

1 参議院第170回国会・質問主意書「介護保険制度に関する質問主意書」

質問 第91号 (2008年11月18日提出 大河原雅子・参議院議員)

答弁書 第91号 (2008年12月2日答弁 内閣総理大臣・麻生太郎)

(質問) 要支援高齢者、要介護高齢者はともすれば、自宅に引きこもりがちとなるが、訪問介護において、訪問介護員が利用者に同行する「散歩」が給付対象とされていないと聞く。2005年の介護保険法改正では、「介護予防」の考え方が導入されたが、居宅介護支援事業所や訪問介護事業所からは、「散歩」による予防効果は高いとの意見が多く寄せられている。地域包括支援センター、介護支援専門員によるケアマネジメントで「散歩」の必要性を認めた場合には、訪問介護員による「散歩」の同行を保障すべきであると考えるが、訪問介護員による「散歩」の支援が認められていない現状について、具体的な見解を示されたい。

(答弁) 訪問介護員による散歩の同行については、適切なケアマネジメントに基づき、自立支援、日常生活活動の向上の観点から、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うものについては、利用者の自立した生活の支援に資するものと考えられることから、現行制度においても、介護報酬の算定は可能である。

2 厚生労働省の見解 (2008年12月16日 神奈川県が確認した内容)

「散歩」に関する基本的な考え方に変更はない。

従前どおり、趣味趣向で行う散歩は、介護保険給付の対象外

リハビリや機能訓練を目的とした内容は、訪問介護の対象外

適切なケアマネジメントにおいて、「自立支援に資する」と判断される場合は、算定可能 (個々の事例毎に判断すべき)

【対象とならない例】

〇〇公園に行くことを日課としている利用者に対し、「散歩」を位置付けた。

→趣味の範囲では対象外

【対象となる例】

閉じこもりがちな利用者に対し、適切なケアマネジメントにおいて、将来「デイサービスを利用すること」(又は「孫に会いに行くこと」)を長期目標として設定した。但し、すぐには遠出できないため、近くの公園への散歩からはじめることとした。

→自立支援に資する内容として対象

3 神奈川県の見解 (2008年12月18日付け)

趣味趣向で行う「散歩」や機能訓練・リハビリを目的とした「散歩」については、訪問介護サービスの対象外と考えます。

一方、上記以外で適切なケアマネジメントにより利用者の自立支援に資することが明確な場合については、一概に訪問介護サービスとして実施することを否定されるものではないと考えます。

4 藤沢市の取扱い

指定訪問介護、指定介護予防訪問介護における“散歩”については、従前の取扱いのとおり、趣味趣向で行う散歩や機能訓練・リハビリを目的とした散歩は訪問介護の算定対象外と考えます。

適切なケアマネジメントに基づき、サービス担当者会議で十分に検討した結果、自立支援、日常生活動作向上の観点から、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うものであって、利用者の自立支援に資する（例えば、ケアプランにおける長期目標又は短期目標等に示された目標を達成するために必要な行為である）ものとしてケアプランに位置づけられるような場合については、老計10号別紙「1 身体介護」の「1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）」に該当するものと考えられ、訪問介護費の対象となります。

5 散歩に係る算定判断について

散歩を算定するにあたっては、次の項目に留意してケアプランが妥当か否かを判断してください。

- ① アセスメントが十分に行われた上で訪問介護による散歩が必要と考えましたか？
- ② 利用者の自立に向けた支援を目標としたケアプランになっていますか？
- ③ 趣味趣向で行う散歩や機能訓練・リハビリを目的とした散歩になっていませんか？（これは算定対象外です）
- ④ サービス担当者会議等において十分に検討がなされ、その目的は利用者、家族、サービス提供事業者で共有されていますか？
- ⑤ 散歩の必要性と期間の設定や効果の検証を定期的に行っていますか？

2010年（平成22年）8月5日 藤沢市役所 介護保険課

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて

要支援1、要支援2、要介護1の人は、原則として次の福祉用具を利用することはできません。しかし、次のそれぞれの例外を検討し、①から⑥までの福祉用具の利用が想定される状態像に該当する場合は、利用することができます。(⑥については、要介護3までが対象です)

- ① 車いす及び車いす付属品
- ② 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- ③ 床ずれ防止用具及び体位変換器
- ④ 認知症老人徘徊感知器
- ⑤ 移動用リフト
- ⑥ 自動排泄処理装置

【例外その1】

認定調査票のうち基本調査の直近の結果が、それぞれの福祉用具ごとに定められている結果に該当する場合は、福祉用具の利用が可能です。

直近の結果の確認はケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員が、「藤沢市介護保険認定関係書類交付要領」に基づき、その写しを入手してください。また、指定福祉用具貸与事業者は、ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員に確認してください。

| 品目 | 利用が想定される状態像 | 認定調査票のうち基本調査の直近の結果 |
|---------------------|---|---|
| ①車いす及び車いす付属品 | 日常的に歩行が困難な場合 | 基本調査1-7「3. できない」 |
| ②特殊寝台及び特殊寝台付属品 | 次のいずれかに該当する場合 ア 日常的に起き上がりが困難な場合 イ 日常的に寝返りが困難な場合 | 基本調査1-4「3. できない」 基本調査1-3「3. できない」 |
| ③床ずれ防止用具及び体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な場合 | 基本調査1-3「3. できない」 |
| ④認知症老人徘徊感知器 | 次のいずれにも該当する場合 ア 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある場合 イ 移動において全介助を必要としない場合 | 基本調査3-1「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査3-2～基本調査3-7いずれか「2. できない」 又は 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれか「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査2-2「4. 全介助」以外 |
| ⑤移動用リフト(つり具の部分を除く。) | 次のいずれかに該当する場合 ア 日常的に立ち上がりが困難な場合 イ 移乗が一部介助又は全介助を必要とする場合 | 基本調査1-8「3. できない」 基本調査2-1「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 |
| ⑥自動排泄処理装置 | 次のいずれにも該当する場合 ア 排便が全介助を必要とする場合 イ 移乗が全介助を必要とする場合 | 基本調査2-6「4. 全介助」 基本調査2-1「4. 全介助」 |

なお、必要に応じて随時、その必要性の判断の見直しが必要になります。

【例外その2】

【例外その1】のうち、①車いす及び車いす付属品については、「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる場合」であることを、⑤移動用リフトについては、「生活環境において段差の解消が必要と認められる場合」であることを、主治医から得た情報及び軽度者の状態像について、福祉用具専門相談員のほか、適切なケアマネジメントに基づいて、ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員が判断した場合は、①車いす及び車いす付属品、⑤移動用リフトの利用が可能です。

なお、必要に応じて随時、その必要性の判断の見直しが必要になります。

【例外その3】

【例外その1】【例外その2】によっても、①から⑥までの福祉用具の利用が想定される状態像に該当しないが、なお“必要性が想定される状態像”に該当し、次の(1)から(4)の手順を行った場合は、福祉用具の利用が可能です。

(1) 医学的な所見の収集

ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員は、次のいずれかの方法により、医師の医学的な所見を収集し、その内容と医師の氏名及び収集年月日を居宅サービス計画【第2表】の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄及び「健康状態について」欄に記入する。

ア) 主治医意見書による収集

主治医に対して、主治医意見書の特記事項に、必要性が想定される状態像の記載を求めるよう利用者に伝える。ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員は、「藤沢市介護保険認定関係書類交付要領」に基づき、その写しを入手する。

イ) 医師の診断書による収集

利用者が“必要が想定される状態像”の原因となっている疾病等の主治医から“必要が想定される状態像”が記載された診断書を取得し、ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員に提出してもらう。(ただし、利用者が診断書料を負担する場合があることにご留意ください。)

ウ) ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員が医師から聴取することによる収集

“必要性が想定される状態像”の原因となっている疾病等の主治医から、面談、電話等により、聴取する。

(2) サービス担当者会議等の開催

ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員は、収集した医師の医学的な所見をもとに、サービス担当者会議等を開催し、必要性を検証する。また、収集した医学的な所見は、サービス担当者会議の要点【第4表】又は介護予防支援経過記録に記載する。

(3) 市町村による確認

ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員は、「軽度者に対する福祉用具貸与確認依頼書」に、必要な書類を添えて介護保険課に提出する。介護保険課は、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所に対し、確認依頼の要否の結果を通知する。

(4) 定期的なサービス担当者会議の開催

ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員は、必要に応じて随時、サービス担当者会議等を開催し、継続して福祉用具貸与の必要性を検証する。

2015年（平成27年）7月28日 藤沢市介護保険課

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いQ&A

(例外その3：確認依頼書が必要な場合)

- Q 1 確認依頼書を提出する前にレンタルが必要な場合はどうしたらよいか？
- A 軽度者に対して福祉用具貸与をする場合は、①医師の医学的所見の収集、②サービス担当者会議の開催、③市町村による確認の手続きが必要になります。しかし、認定申請をして早急に必要になった場合や利用者の状態像の急変等の理由により緊急に福祉用具貸与が必要になった場合で、③の手続きが完了していない場合は、介護保険課にお問い合わせください。なお、この場合、①及び②の手続きが完了していることが必要になります。
- Q 2 確認依頼書の「貸与開始希望年月日」はいつの日付を記入すればよいか？
- A 原則として、貸与開始希望年月日は市町村による確認結果が出てからの日付になります。なお、利用者の状態像の急変等の理由により市町村による要否の判断結果が出る前に福祉用具貸与が必要となる場合には、医師の医学的所見を収集しサービス担当者会議を開催した月の初日まで遡及することができます。
- ※なお、介護保険課への提出は、翌月になっても問題ありません。
- しかし、市からの確認結果通知が届いてからの請求事務になり、月遅れ請求になってしまうこともありますので、利用者へは説明をしてください。
- Q 3 確認依頼書を提出してからどれくらいで確認結果が出るのか？
- A 概ね1週間から10日でケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員宛に郵送しています。
- Q 4 「例外その1」及び「例外その2」に該当する場合も確認依頼書を提出するのか？
- A 確認依頼書は「例外その3」に該当する場合がありますので、提出は不要です。しかし、例外その1及びその2に該当する情報を確認できた日付や根拠内容については、支援経過記録に記載をしておいてください。
- Q 5 確認依頼書の提出方法は？
- A 介護保険課に持参又は郵送で提出してください。地区福祉窓口には提出できません。
- Q 6 医師の医学的所見は、診断書等の書面で提出するのか？
- A 必ずしも診断書等の書面で提出する必要はありません。主治医意見書での確認の他、ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員による医師からの聞き取りをサービス担当者会議の要点（第4表）に記入することで足りります。

Q 7 医師の医学的所見の収集では、どのような内容が必要か？

A ①必要性が想定される状態像

確認依頼書の「医師の医学的所見」のどこに該当するか確認してください。

②利用者の病名と病状、どうして福祉用具が必要な状況なのか

例：病名：肝硬変

病状：肝硬変が悪化している。腹水、るいそう、下肢浮腫が著明で安静が必要な状態である。腹水、浮腫により起き上がりに時間がかかる。腹水、浮腫の軽減のため利尿剤を使っている。

以上のとおり、自宅療養するためには特殊寝台及び特殊寝台付属品が必要である。

※ 医師の同意ではなく必要性の判断が必要になります。

Q 8 主治医とは主治医意見書を書いた医師のことか？

A 主治医とは、利用者の身体状況を把握している医師のことであり、主治医意見書を書いた医師に限定されません。

Q 9 サービス担当者会議の日程を調整しているが、利用者・家族と担当者の日程が合わない場合はどうしたらいいですか？

A やむを得ない場合がある場合は、担当者による照会等により意見を求めることができます【運営に関する基準（H 1 1 厚令第 3 8 号）第 1 3 条より】。ただし、照会等で意見を求めた記録をサービス担当者会議の要点にも記録するか添付することが必要です。

※また、要支援者で、ケアマネジャーへ委託の場合は、委託先及び介護予防支援事業所の担当職員の出席も必要です。（やむを得ない場合は照会等）

Q 10 サービス担当者会議の要点には、どのような内容を記載する必要があるか？

A サービス担当者会議の要点には、次の①から⑥までの項目を確認し記載します。なお、福祉用具を貸与することによる自立支援の効果や廃用症候群への防止効果を十分に検討してください。

① 医師の医学的所見が書面ではない場合、医学的所見

② 利用者、家族の意見

③ 利用者の状態(病状やその経過、福祉用具が必要な状況、福祉用具を使うことで期待できる効果等)

④ サービス担当者の必要性の意見

⑤ 福祉用具だけではなく、他の方法（サービス）についても検討したこと

⑥ サービス担当者会議を行って最終的なケアマネジャー及び介護予防支援事業所担当職員の福祉用具の必要性の判断(利用者の状態像をとらえて具体的に必要性の判断を記載すること)

Q11 福祉用具貸与を利用している利用者の認定の更新等にあたっては、再度確認依頼書を提出する必要があるか？

A ケアマネジャー又は介護予防支援事業所の担当職員は、要介護認定等を受けている者が更新認定、区分変更又は新規認定を受けた場合は、サービス担当者会議を開催することとされていることから、再度確認依頼書を提出する必要があります。

※ 事業所の変更、同一事業所内でのケアマネジャー等の変更、新しく種目や品目を貸与するときも再度、提出。

ただし、担当ケアマネジャーの変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者とは面識を有していること）のような場合は、「軽微な変更」に該当する場合がありますと考えられるため、事業所内で、提出すべきかの判断をしてください。提出しない場合は、その根拠を支援経過記録等に記載しておいてください。

※ 区分変更の際は、暫定プラン作成に向けて主治医の意見収集を基にサービス担当者会議を開催し、貸与の必要性を検討する。その後、認定結果が軽度者だった場合は、確定プランのサービス担当者会議を開催し、再検討を行う。その際、利用者の心身状況に変化がなければ、暫定プランのサービス担当者会議時に収集した主治医の意見を基に再検討でも問題ありません。市への提出書類のうち、サービス担当者会議の要点は2枚（暫定及び確定）となります。

Q12 確認結果の【注意】に「1 このお知らせは、軽度者に対する福祉用具貸与の要否の確認をお知らせするもので、福祉用具貸与の給付を決定するものではありません。」とあるが、どういう意味か？

A 確認結果が「必要と判断する」となった場合でも利用者の状況やケアマネジメントの結果、福祉用具が必要ではない状況が考えられます。そのため上記の【注意】を掲載しています。

2014年（平成26年）8月1日 藤沢市介護保険課

(事務連絡)

2019年(令和元年)11月8日

居宅介護支援事業者
介護予防支援事業者
(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者 各位

藤沢市長
鈴木 恒夫
(公印省略)

第三者行為(交通事故等)による介護保険サービスの利用について

日頃から本市の介護保険の運営にご協力いただきまして誠にありがとうございます。

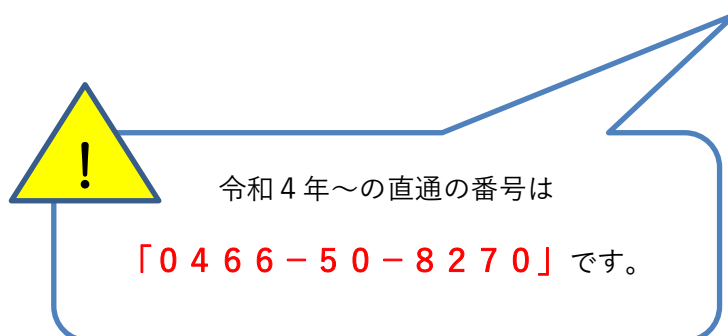
第三者行為(交通事故等)により介護保険サービスを利用する場合には、保険者への届出が義務となっております。要介護認定を申請する際又はサービスを利用する際に介護保険課までご連絡ください。必要書類については、介護保険課から利用者へ直接送付いたします。

なお、求償手続きについては、藤沢市から委託を受けた神奈川県国民健康保険連合会が、加害者に直接求償しますので、サービスの利用や報酬請求等については、通常どおりの手続きを行ってください。

以上

【事務担当】

介護保険課 総務給付担当
0466-50-3527(直通)



第三者行為（交通事故等）により介護保険サービスを利用するときは、藤沢市への届出が必要です

交通事故等の第三者行為が原因で要介護状態となったり、要介護状態が悪化し、介護保険サービスを利用した場合、その費用は加害者である第三者が負担することとなります。

その場合、利用者負担分（介護保険サービス費の1割～3割）は、被保険者（被害者）が直接加害者に請求していただくこととなりますが、保険給付に係る費用（介護保険サービス費の7割～9割）は、藤沢市が損害賠償請求権を代位取得し、加害者に請求します。

藤沢市が加害者に請求するにあたり、その保険給付が第三者行為に起因するものであることを確認する必要があるため、被保険者（被害者）から藤沢市への届出が必要となります。

1 第三者行為の届出

第1号被保険者（65歳以上）の方が、交通事故等により介護保険サービスを利用するときは、市への届出が義務となっています。要介護認定申請をするとき又は介護保険サービスの利用を開始するときに、介護保険課までご連絡ください。

2 提出書類

- (1) 第三者行為による傷病届
- (2) 事故発生状況報告書
- (3) 交通事故証明書（自動車安全運転センターが発行）
- (4) 念書兼同意書
- (5) 誓約書（加害者又は保険会社に作成を依頼してください）
- (6) 示談書（示談が成立している場合のみ）

※すでに医療保険で求償をしている場合は、提出書類の一部を省略できる場合がありますので、事前にご相談ください。

- 示談の内容により、第三者（加害者）に損害賠償請求ができない場合があります。示談を行う前に提出してください。
- 示談を行う際に、賠償額に介護に係る費用を算定する場合、支払われる賠償額のうち、介護分の費用やその算出根拠を明確に記載してください。

（例）賠償額〇〇円　うち介護費用〇〇円　※サービス月額10割分×〇月×過失割合

（注）介護保険サービス利用に係る費用を賠償金として受け取った場合、介護保険サービス利用にかかった費用のうち、保険給付に係る費用（介護保険サービス費の7割～9割）については、当該賠償額の範囲内で、利用者から藤沢市にご返還いただくこととなります。

【届出先・問い合わせ先】

藤沢市 介護保険課 総務・給付担当 〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
TEL：0466-50-8270（直通） FAX：0466-50-8443

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出等 マニュアル

藤沢市介護保険課
2024年8月改定

< 目次 >

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1.届出の概要..... | 2 |
| 2.届出が必要なとき..... | 2 |
| 3.届出の種類..... | 3 |
| 4.届出に必要なもの..... | 3 |
| 5.提出先..... | 3 |
| 6.提出期限..... | 4 |
| 7.暫定ケアプランの取扱い..... | 6 |
| 8.軽微な変更の取扱い..... | 9 |
| 9.月の途中で居宅介護支援事業者等が変更となった場合の取扱い..... | 10 |
| 10.よくある質問..... | 12 |

1.届出の概要

この届出は、要介護・要支援認定を受けた方が、現物給付(費用の1割・2割または3割相当額を負担し居宅サービス等を受けること)により居宅サービス等を利用するため、実際に居宅サービス等を利用する前に、利用者が契約した居宅介護支援事業者等を市へ届け出るためのものです。

2.届出が必要なとき

(1)事業対象者

- ・ 基本チェックリストを実施し、事業対象に該当したとき
- ・ 担当する包括支援センターが変更となったとき(転居等)
- ・ 「介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者」が担当する要支援者が、介護予防給付から総合事業のみの利用となった場合(地域包括支援センターに変更となる場合)

(2)要支援認定者

- ・ 「総合事業・介護予防サービス」を受けようとするとき
- ・ 「介護予防小規模多機能型居宅介護」を受けようとするとき
- ・ 状態像の変化等により介護区分に変更が生じた場合
(例:要支援→要介護、要介護→要支援)
- ・ 担当する包括支援センターが変更となったとき(転居等)

※「介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者」が、担当する要介護者が要支援者となった場合に引き続き担当する場合には、届出が必要です。

※事業対象者が要支援認定となった場合、同一の地域包括支援センターが予防給付の給付管理をする場合、「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」を提出することは不要とします。

(3)要介護認定者

- ・ 「居宅サービス」等を受けようとするとき
- ・ 「小規模多機能型居宅介護」又は「看護小規模多機能型居宅介護」を受けようとするとき
- ・ 状態像の変化等により介護区分に変更が生じた場合
(例:事業対象→要介護、要支援→要介護)
- ・ 担当する事業者が変更となったとき(例:転居、本人希望等)

※「介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者」が担当する要支援者が、要介護者となった場合に、引き続き当該居宅介護支援事業者が担当する場合には、届出が必要です。

3.届出の種類

(1)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

- ・ 事業対象に該当した方が、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場合

(2)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

- ・ 事業対象に該当した方が、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場合
- ・ 要支援の認定を受けた方が、介護予防支援事業者等(地域包括支援センター・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者・介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者)に介護予防サービスの計画作成を依頼する場合

(3)居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

- ・ 要介護の認定を受けた方が居宅介護支援事業者等(居宅介護支援事業者、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事業者)に居宅サービス計画の作成を依頼する場合

4.届出に必要なもの

(1)事業対象者・要支援の方

- ・ 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
- ・ 介護保険被保険者証

※新たに事業対象に該当した方は、「基本チェックリスト」の提出も必要です。
(提出先は高齢者支援課)

(2)要介護の方

- ・ 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書(第29号様式)
- ・ 介護保険被保険者証

5.提出先

・介護保険課 総務・給付担当

受付時間 8:30～17:00(休日・年末年始を除く)

・各市民センター(石川分館を含む)及び村岡公民館の地区福祉窓口

受付時間 8:30～12:00、13:00～17:00(休日・年末年始を除く)

【注意事項】

- ・「H」から始まる方は、介護扶助の対象者です。介護保険被保険者ではないため、生活保護担当課に提出してください。

住所地特例適用対象者に係る届出について

(1) <要支援被保険者>

- ・ 住所地特例適用対象者に対する介護予防支援は、住所地特例対象施設の所在する市区町村の指定する指定介護予防支援事業者が提供します。
 - ・ 施設所在市区町村の「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」に、必要事項を記入し、介護保険被保険者証又は資格者証の原本を添付の上、施設所在市区町村の窓口へ提出してください。
- ※ 届出書の様式は、提出先となる施設所在市町村のものに従ってください。届出書の名称や様式は各市区町村によって異なりますので、届け出が必要な際は、施設所在市区町村又は新たに担当となる地域包括支援センター等にご相談ください。

(2) <要介護被保険者>

- ・ 要介護の住所地特例適用対象者の届出は、保険者市区町村に提出することとなっています。
- ・ 藤沢市の住所地特例施設に入所している、他市区町村の被保険者については、保険者市区町村に届出書を提出してください。

6. 提出期限

- ・ 原則、利用者と事業者との契約後、契約日の属する月の末日まで
- ※ 居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等が連携して暫定ケアプランを作成していた場合に限り、認定結果を確認後、速やかに「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を提出いただくことで、届出書のサービス利用開始年月日(変更の場合は変更日)を当該暫定ケアプランに係るサービス利用開始日まで遡ることが可能です。

【留意事項】

- ◆ 暫定ケアプランのサービス利用開始日の属する月の翌月以降に認定結果が確定し、その後に「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を提出した場合、当該「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を藤沢市に提出した月の翌月以降に請求してください。(月遅れ請求となります。)
- ◆ 居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等が連携して暫定ケアプランを作成していなかった場合には、当該取扱いの対象とはなりません。(償還払いとなります。)

【計画作成開始日(変更日)が、届出日より先の日付(未来日)場合の取扱い】

次のいずれかに該当する場合のみ受付けします。

- ◆ サービス利用開始年月日(変更の場合は変更日)が、届出日と同月の場合
- ◆ 届出日がサービス利用開始年月日(変更の場合は変更日)の前月の20日以降の場合
 - ※ 居宅届出後の新たな事業者名を記載した被保険者証については、サービス利用開始年月日(変更の場合は変更日)以降に、藤沢市から発行し送付します。送付されるまでの間、被保険者の手元に被保険者証が無い状態となりますのでご注意ください。

7. 暫定ケアプランの取扱い

(1) 暫定ケアプランの作成が必要な場合

- 要介護・要支援認定の新規(区分変更)申請を行い、認定結果が確定する前にサービスを利用する場合
- 要介護・要支援認定の更新申請を行い、更新前の認定有効期間経過後、更新後の認定結果が確定する前にサービスを利用する場合

(2) 留意事項

- ア 認定結果が非該当となった場合又は暫定で見込んだ介護度よりも軽度の判定となった場合などには、介護サービスに係る費用の全部又は一部が利用者の自己負担となる可能性があることについて、あらかじめ利用者又はその家族に十分説明を行ってください。
- イ 要支援・要介護のいずれの介護区分に判定されるか判断できない場合は、必ず、居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等が相互に連携の上、暫定の「居宅介護サービス計画」及び「介護予防サービス計画」(以下「暫定ケアプラン」という。)を作成してください(ダブルプラン対応)。
- ウ 暫定ケアプランを作成する場合であっても、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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)」に定められた一連の業務を必ず行ってください。
- エ アセスメントやサービス担当者会議は、居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者等が連携して行い、暫定ケアプランには、なるべく居宅サービス及び介護予防サービス両方の指定を受けている事業者を位置付けるようにしてください。
- オ 暫定で見込んだ介護区分(要支援・要介護の区分)と異なった認定結果となった場合において、あらかじめ居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等が連携を行っていなかったときは、当該認定区分に応じた暫定ケアプランが作成されていないことから、居宅介護支援費(介護予防支援費)の請求はできません。その場合、サービス利用に係る保険給付費等は償還払いとなります。

(3) 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の提出方法等

- ア 担当する事業者は、原則、暫定で見込んである介護区分に応じて、提出してください。
- イ 要支援・要介護のいずれの介護区分に判定されるか判断できない場合においては、居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等が相互に連携の上、認定結果確認後、介護度に応じた事業者名で速やかに提出してください。
- ウ 原則、暫定サービス利用開始日の月末(土日祝日等の場合は、直前の営業日)までに藤沢市に届出してください(前記イに該当する場合を除く。)
- エ 「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を藤沢市に届出していない間は、認定関係書類の写しの交付等は請求できませんのでご注意ください。

(4) 認定結果が確定した後の取扱い

ア 暫定で見込んだ介護度と認定結果が同じ介護度だった場合

- ① 暫定から本ケアプランに移行するにあたり、サービスの内容を変更しない場合
 - 改めて本ケアプランを作成しない場合は、暫定ケアプランを見え消しで修正し、暫定ケアプランから本ケアプランに移行したことが分かるようにすること。
 - 本ケアプランに移行することについて、利用者又は家族等に説明の上、同意を得るとともに、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法(電話、面接等)を記録すること。
 - 確定後の本ケアプランの写しを利用者及びサービス事業者等に交付すること。
- ② 暫定からケアプランに移行するにあたり、サービスの内容を一部変更する場合
 - 認定結果確定後、速やかに計画作成に必要な一連の業務を行うこと。

イ 暫定で見込んだ介護度と認定結果が異なる介護度だった場合

※介護区分(要支援・要介護の区分)は同一の場合

【例】・要介護 2 見込み→要介護 3 の認定
・要支援 2 見込み→要支援 1 の認定

- ① 暫定から本ケアプランに移行するにあたり、サービスの内容を変更しない場合
 - 改めて本ケアプランを作成しない場合は、暫定ケアプランを見え消しで修正し、暫定ケアプランから本ケアプランに移行したことが分かるようにすること。
 - 本ケアプランに移行することについて、利用者又は家族に説明の上、同意を得るとともに、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法(電話、面接等)を記録すること。
 - 確定後の本ケアプランの写しを利用者及びサービス事業者等に交付すること。
- ② 暫定から本ケアプランに移行するにあたり、サービスの内容を変更する場合
 - 認定結果確定後、速やかに計画作成に必要な一連の業務を行うこと。

ウ 暫定で見込んだ介護度と認定結果が異なる介護度だった場合

※介護区分(要支援・要介護の区分)も異なる場合

【例】・要介護 1 の見込み→要支援 2 の認定
・要支援 2 の見込み→要介護 1 の認定

- ① 暫定から本ケアプランに移行するにあたり、サービスの内容を変更しない場合
 - 居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等があらかじめ連携の上、暫定ケアプランを作成していた場合には、認定結果の区分に応じた事業者が、居宅介護支援費(介護予防支援費)を請求する。
 - 改めて本ケアプランを作成しない場合は、暫定ケアプランを見え消しで修正し、暫定ケアプランから本ケアプランに移行したことが分かるようにすること。

- 本ケアプランに移行することについて、利用者又は家族に説明の上、同意を得るとともに、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法(電話、面接等)を記録すること。
- 確定後の本ケアプランの写しを利用者及びサービス事業者等に交付すること。
- 給付管理を行う居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等は、認定結果確認後に「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を藤沢市に提出すること。
- サービス利用開始日の属する月の翌月以降に認定結果が確定した場合には、認定結果確認後、速やかに「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を提出することとし、その際のサービス利用開始日又は変更年月日は暫定サービス利用開始月日の属する月の月末の日付を記載すること。(サービス利用に係る保険給付費等の請求は月遅れ請求となる。)

② 暫定から本ケアプランに移行するにあたり、サービスの内容を変更する場合

- 居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等があらかじめ連携の上、暫定ケアプランを作成していた場合には、認定結果の介護区分に応じた事業者が、認定結果後速やかに計画作成に必要な一連の業務を行い、居宅介護支援費(介護予防支援費)を請求する。
- 給付管理を行う居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等は、認定結果確認後に「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を藤沢市に提出すること。
- サービス利用開始日の属する月の翌月以降に認定結果が確定した場合には、認定結果確認後、速やかに「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を提出することとし、その際のサービス利用開始日又は変更年月日は暫定サービス利用開始月日の属する月の月末の日付を記載すること。(保険給付費等の請求は月遅れ請求となる。)

8. 軽微な変更の取扱い

【参考】ケアプランの「軽微な変更」の内容について(介護保険最新情報 No.155/No. 959 一部改訂)

<軽微な変更と考えられる例>

あくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」等に基づき、一連の業務を行う必要性が高いかどうかによって判断すべきものである。

- (1) 臨時的・一時的なサービス提供日、時間帯、曜日の変更
- (2) 同一事業者における週1回程度のサービス提供の回数変更
- (3) 利用者の住所変更
- (4) 事業者の名称変更
- (5) 目標設定(課題や期間)の変更を伴わない目標期間の延長
- (6) 同一種目の福祉用具のうち機能の変化を伴わない同等用具への変更
- (7) 目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業者変更
- (8) 目標を達成するためのサービス内容のみが変わる場合
- (9) 同一事業者における担当介護支援専門員の変更

<軽微な変更として取扱う場合の対応>

(1) サービス担当者会議

必ずしも実施しなければならないものではないが、介護支援専門員等がサービス事業者へ周知した方が良いと判断する場合には開催すること。また、開催にあたってやむを得ない理由がある場合には、照会等により意見を求めることができる。

(2) 居宅サービス計画等への記載

軽微な変更として取扱う箇所を見え消しで修正し、軽微な変更として取扱う旨を、利用者又は家族に説明の上、同意を得るとともに、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法(電話、面接等)を記録すること(再度同意の署名をもらうことでも可)。

9.月の途中で居宅介護支援事業者等が変更となった場合の取扱い

- 同月内に複数の事業者が登録されている場合は、原則として、月末時点の登録事業者が給付管理票の作成・提出と居宅介護支援費(介護予防支援費)の請求を行います(保険者変更による場合を除く)。
- ただし、居宅介護支援事業者の変更に利用実績がなく、変更前の居宅介護支援事業者では利用実績がある場合には、変更前に担当していた居宅介護支援事業者が給付管理を行い、居宅介護支援費を請求します。
- また、利用者が月の途中から小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護を利用し、かつ、その期間を除いて居宅介護支援(介護予防支援)を受けた場合には、居宅介護支援事業者等のケアマネジャーが、小規模多機能型居宅介護等を含めた給付管理票を作成します。(平成18年4月改定関係Q&A(Vol.2))

| | 異動パターン | 給付管理 | 居宅介護支援費 |
|---|--------|---------|---------|
| 1 | | 居宅介護支援B | 居宅介護支援B |
| 2 | | 居宅介護支援A | 居宅介護支援A |
| 3 | | 介護予防支援A | 介護予防支援A |
| 4 | | 居宅介護支援A | 居宅介護支援A |
| 5 | | 居宅介護支援A | 居宅介護支援A |
| 6 | | 介護予防支援A | 介護予防支援A |

| | 異動パターン | 給付管理 | 居宅介護支援費 |
|----|--------|--------------|---------|
| 7 | | 小規模多機能型居宅介護B | 請求不可 |
| 8 | | 居宅介護支援A | 居宅介護支援A |
| 9 | | 小規模多機能型居宅介護 | 請求不可 |
| 10 | | 介護予防支援A | 介護予防支援A |
| 11 | | 小規模多機能型居宅介護A | 請求不可 |
| 12 | | 居宅介護支援A | 居宅介護支援A |
| 13 | | 小規模多機能型居宅介護A | 請求不可 |
| 14 | | 介護予防支援A | 介護予防支援A |
| 15 | | 小規模多機能型居宅介護A | 請求不可 |
| 16 | | 居宅介護支援B | 居宅介護支援B |
| 17 | | 居宅介護支援A | 居宅介護支援A |
| 18 | | 小規模多機能型居宅介護A | 請求不可 |
| 19 | | 居宅介護支援A | 居宅介護支援A |
| 20 | | 小規模多機能型居宅介護B | 請求不可 |

10.よくある質問

| | 質 問 | 回 答 |
|-----------------------------|--|---|
| ① 「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」について | | |
| 1 | 「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」の新規・変更は、どのように記入すればいいですか。 | <p>「新規」とは、初めて介護保険サービスを利用する方や他市町村からの転入者等です(被保険者証に事業者名が印字されていない方)。</p> <p>「変更」とは、すでに契約している事業者から他の事業者へ変更する方です(被保険者証に事業者名が印字されている方)。</p> |
| 2 | サービス利用開始年月日が前月以前の届出書を、提出することはできますか。 | 居宅介護支援事業者と介護予防支援事業者等が連携して暫定ケアプランを作成していた場合に限り、認定結果を確認後、速やかに「居宅サービス計画作成依頼届出書」等を提出いただくことで、届出書のサービス利用開始年月日又は変更年月日を当該暫定ケアプランに係るサービス利用開始日まで遡ることが可能です。 |
| 3 | サービス利用開始年月日が翌月以降の届出書を提出することはできますか。 | <p>次のいずれかの場合には受付をします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用開始年月日(変更の場合は変更日)が、届出日と同月の場合 ・届出日が、サービス利用開始年月日(変更の場合は変更日)の前月の20日以降の場合 <p>※居宅届出後の新たな事業者名を記載した被保険者証については、サービス利用開始年月日(変更の場合は変更日)以降に、藤沢市から発行し、送付しますので送付されるまでの間、被保険者様のお手元に被保険者証が無い状態となりますのでご注意ください。</p> |
| 4 | いつまでに「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」を提出すれば、翌月請求することができますか。 | <p>市から国保連に送付する受給者台帳は、毎月、前月末時点での情報に基づき作成されます。</p> <p>国保連合会に請求を行う月の前月の最終営業日までに提出された届出書の情報が、翌月の受給者台帳に反映されます。ただし、市民センター等の地区福祉窓口で、最終営業日に提出した場合には、介護保険課に届出書が到達するのが翌月となるため、提出日の翌々月の受給者台帳に反映されます。</p> |
| 5 | サービス利用者が、「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」等の提出前に死亡した場合、届出書を提出することができますか。 | <p>ケアマネジメントに係る一連の手続きが行われ、ケアプランの作成が行われている場合には、現物給付とすることができますので、「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」を提出してください。この場合、届出人は家族等の氏名を記入してください。</p> <p>ケアプランの作成がない場合には、償還払いとなります。</p> |

| | 質 問 | 回 答 |
|----|---|---|
| 6 | 他市町村の住所地特例対象施設に入所している、藤沢市の被保険者の届出書の提出先はどこですか。 | <p>【要介護の方】 ・藤沢市の様式に記入し、藤沢市に提出してください。</p> <p>【要支援の方】 ・施設所在市町村の様式に記入し、施設所在市町村の担当課に提出してください。</p> |
| 7 | 藤沢市の住所地特例対象施設に入所している、他市町村の被保険者の届出書の提出先はどこですか。 | <p>【要介護の方】 ・保険者市町村の様式に記入し、保険者市町村に提出してください。</p> <p>【要支援の方】 ・藤沢市の様式に記入し、藤沢市に提出してください。(保険者市町村の様式でも受付可能です。)</p> |
| 8 | 月の途中で、介護度が要支援状態区分から要介護状態区分に変更があった場合の「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」等の提出はどうすればよいですか。 | <p>【変更後の要介護状態区分でサービスの利用がある場合】 変更後に契約した居宅介護支援事業者が「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」を提出してください。</p> <p>【変更後の要介護状態区分でサービスの利用がない場合】 その月については、介護予防支援事業者が給付管理をすることとなりますので、要介護状態区分でサービス利用を開始した月に改めて、居宅介護支援事業者からの「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」を提出してください。</p> <p>なお、要介護状態区分でサービス利用がない場合に、居宅介護支援事業者からの「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」の提出があった際には、その月のサービス利用等の請求はすべて返戻となりますので、ご注意ください。</p> <p>※要介護状態区分から要支援状態区分の介護度の変更の場合についても同じ考え方となります。</p> |
| 9 | 継続して小規模多機能居宅介護を利用している利用者について、介護度(要支援状態区分⇄要介護状態区分)に変更があった場合はどうすれば良いですか。 | 小規模多機能型居宅介護の利用者で、「要介護⇒要支援」又は「要支援⇒要介護」のように、介護度の区分をまたぐような変更があった場合は、その都度、介護度に応じた「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」等の提出が必要です。 |
| 10 | 過去に「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」等を提出したことがある利用者について、その後一旦契約を終了したが、再度契約した場合、「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」等の再提出は必要か。(最新の被保険者証には、事業者名が印字されている。) | <p>「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」等の再提出が必要です。</p> <p>また、要介護認定を受けていた方が、その後要支援認定となり地域包括支援センターが担当し、再度要介護認定を受けた場合、居宅介護支援事業者は同一であったとしても、「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」等の再提出が必要です。(事由に関わらず、一度契約が終了した利用者と再契約した場合は、再提出が必要です。)</p> |

| ② 給付管理・請求について | | |
|---------------|--|--|
| | 質 問 | 回 答 |
| 11 | 月の途中で保険者が変更になった場合、居宅介護支援費の請求及び給付管理票の提出は、どのように行えばいいですか。 | 月の途中で他市町村への転出等により保険者が変更となった場合、それぞれの期間に応じた給付管理票を別々に作成し、居宅介護支援費もそれぞれの保険者に請求します（支給限度額もそれぞれに管理します）。 ※それぞれの給付管理票を同一の居宅介護支援事業者が作成した場合であっても、居宅介護支援費はそれぞれについて算定します。 ※変更前の保険者における期間は、変更後の保険者の資格取得日の前日までです。 |
| 12 | 認定申請中の方について、いつの認定審査会分までが、翌月に請求できますか。 | 市から国保連に送付する受給者台帳は、毎月、前月末時点での情報に基づき作成していますが、認定審査会において判定された認定情報は、認定審査会日の翌営業日に、反映されることから、前月の最終営業日の前日までの分が、国保連への請求が可能です。 【例】 2月最終営業日の認定審査会で審査・判定 3月の第1営業日に市の受給者台帳に登録 4月の国保連の受給者台帳に反映＝請求可能 |
| 13 | 65歳未満で生活保護を受給している利用者（みなし2号）が、65歳到達により、月の途中で第1号被保険者になった場合、居宅介護支援費の請求はどのように行えばいいですか。 | 資格取得日の月末（誕生月の月末）までに「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」等の提出が必要です。 資格取得日は、誕生日の前日となります。途中で第1号被保険者の資格を取得した場合、当該月の請求は生活保護と介護保険で日割り請求となり、それぞれに請求します。 |
| 14 | 総合事業単独及び総合事業と介護予防サービス併用の時の支援費の取扱いはどのようになりますか。 | 総合事業単独の算定の場合、介護予防ケアマネジメント費を請求します。総合事業と介護予防サービス両方の実績がある場合は、介護予防支援費を請求します。 |
| 15 | 日割りの算定要件を教えてください。 | WAMNET（ワムネット）に掲載の令和6年5月10日付、厚生労働省事務連絡「『介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）』の一部訂正について」をご確認ください。 |
| 16 | 月の途中で、利用者が死亡した場合、居宅介護支援費は算定できますか。 | 利用者が死亡した時点で居宅介護支援を行っていた場合、居宅介護支援費（介護予防支援費）は算定可能です。 |
| 17 | 月の途中で介護度が変更となった場合、介護度により報酬単価が設定されているサービスの請求に当たり、どの介護度の報酬単価を適用すればいいですか。 | 当該サービスを提供した時点における介護度に応じた費用を算定することとなるため、変更後の介護度の有効期間開始日の前日まで、変更前の介護度に応じた単位数で請求し、介護度が変更となった日以降は、変更後の介護度に応じた単位数で請求します。 |

| | 質 問 | 回 答 |
|----|--|---|
| 18 | 利用者が死亡した場合、死亡した当日のサービスは、保険給付の対象となりますか。 | 給付対象です。資格喪失日は、死亡日の翌日となります。また、月の途中で死亡した場合、月の支給限度額を日割りする必要はありません。 |
| 19 | 月の途中で、「居宅介護支援事業者」から別の「居宅介護支援事業者」に変更となった場合、給付管理はどちらの事業者が行いますか。 | <p>月末時点で保険者へ届け出ている居宅介護支援事業者が、その月の計画をまとめて給付管理票を作成し、提出します。また、居宅介護支援費は、給付管理票を提出した事業者が請求します（保険者変更による場合を除く）。</p> <p>ただし、居宅介護支援事業者の変更後に利用実績がなく、変更前の居宅介護支援事業者では利用実績がある場合には、変更前に担当していた居宅介護支援事業者が給付管理を行い、居宅介護支援費を請求します。</p> |
| 20 | 月の途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり、事業者が変更となった場合の取り扱いはどのように行うのか。 | <p>月の途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり事業者が変更となった場合には、介護支援業務を行う主体が介護予防支援事業者（地域包括支援センター）から、居宅介護支援事業者に移るため、担当する事業者が変更となります。</p> <p>この場合には、月末に担当した事業者（小規模多機能型居宅介護事業者及び介護予防小規模多機能型居宅介護事業者を除く。）が給付管理票を作成・提出し、居宅介護支援費を併せて請求します。</p> <p>また、逆の場合は、月末に担当した介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が給付管理票を作成・提出し、介護予防支援費を請求します。</p> <p>ただし、要介護状態区分変更後にサービスの利用実績がなく、変更前には利用実績がある場合、変更後の居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）では給付管理票を作成できないことから、居宅介護支援費（介護予防支援費）は請求できません。この場合、変更前に担当していた介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）が給付管理票を作成し、介護予防支援費（居宅介護支援費）を請求します。</p> |
| 21 | 月の途中で要支援状態区分から要介護状態区分に変更となり、変更前と変更後の両方のサービスを行っている場合、どのように請求すればいいですか。 | <p>要支援の際に提供したサービスは「介護予防サービス明細書」、要介護に変更後に提供したサービスは「介護給付費明細書」により 2 枚の明細書を提出してください。明細書の要介護状態区分は、2 枚とも月末時点の介護度となります。</p> <p>なお、給付管理は、月末時点の事業者がまとめて作成・提出し、居宅介護支援費（介護予防支援費）を請求します。</p> |

| | 質 問 | 回 答 |
|----|---|--|
| 22 | 月の途中で、「居宅介護支援事業者」から「小規模多機能型居宅介護事業者」に変更となった場合、給付管理はどの事業者が行いますか。 | <p>【当該月内に居宅介護支援を受けた場合】</p> <p>居宅介護支援事業者が、小規模多機能型居宅介護サービスを含めた給付管理票を作成し、提出します。</p> <p>【当該月内に居宅介護支援を受けていない場合】</p> <p>小規模多機能型居宅介護事業者が小規模多機能型居宅介護サービスのための給付管理票を作成し、提出します。この場合、居宅介護支援費の請求は行えません。</p> |
| 23 | 利用者が月を通じて小規模多機能型居宅介護を利用しているが、併せて、訪問看護や訪問リハビリテーションなどの居宅サービスを利用している場合、その月の給付管理はどの事業者が行いますか。 | <p>利用者が月を通じて小規模多機能型居宅介護を利用している場合には、小規模多機能型居宅介護事業者のケアマネジャーが、他の居宅サービス（訪問看護や訪問リハビリテーション）を含めた給付管理票を作成します。</p> |
| 24 | 月の途中からグループホームへ入所することとなった利用者が、入所前まで居宅サービスを利用していた場合、給付管理票と支援費の請求は、居宅介護支援事業者から提出すればいいですか。 | <p>グループホーム入所後は、給付管理が必要ないため、居宅支援事業者から提出してください。</p> <p>なお、短期間利用（ショート利用）の場合は、給付管理が必要のため、その場合は、月末時点の居宅介護支援事業者が給付管理することとなります。</p> |
| 25 | 月の途中で生活保護の受給者となった場合の請求方法を教えてください。 | <p>【居宅介護支援事業者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活保護単独」 被保険者番号が変更（H 番号）になるため、それぞれの番号で給付管理票及びサービス計画費を請求してください。 ・「生活保護併用」 被保険者番号に変更はないため、通常どおり保険者へ請求してください。 <p>【サービス事業者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活保護単独」 被保険者番号が変更（H 番号）になるので、日数に応じてそれぞれの被保険者番号で請求してください。 ・「生活保護併用」 被保険者番号に変更はないので、同じ被保険者として生活保護期間分とそれ以外の期間に応じて1枚の明細書で請求してください。 |

| ③ 介護予防支援の拡大について | | |
|-----------------|--|--|
| | 質 問 | 回 答 |
| 26 | 「介護予防支援の指定拡大」とはどのような改正か。 | <p>令和 6 年度の介護保険法一部改正により、これまで「地域包括支援センター」又は「地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者」のみが実施できることとされていた「介護予防支援」について、「居宅介護支援事業者」が直接実施できるよう見直しが行われたものです。</p> <p>介護予防支援を実施するには、市町村から「介護予防支援事業者」の指定を受ける必要があります。</p> |
| 27 | 要支援者のすべてのケアプランについて、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者が担当できるようになるのですか。 | <p>「介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者」が実施できるのは「介護予防支援」のみです。「介護予防ケアマネジメント」は対象外です。</p> <p><介護予防支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「予防給付のみ」又は「予防給付と総合事業の両方」のサービスを利用している場合 <p><介護予防ケアマネジメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「総合事業」のみのサービスを利用している場合 <p>※介護予防ケアマネジメントの担当は地域包括支援センターです。 (居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから委託を受けて実施することは可能です。)</p> |
| 28 | 居宅介護支援事業者が担当していた要介護者が、要支援認定となり介護予防サービスに移行した場合、引き続き、同一の居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者として介護予防支援を行う場合、「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」の提出は必要ですか。 | <p>利用するサービスが「居宅介護支援」から「介護予防支援」に変更となり、主体となる担当事業者が「居宅介護支援事業者」から「介護予防支援事業者」に変更となるため、改めて「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」の提出が必要です。</p> <p>なお、「介護予防支援」から「居宅介護支援」となる場合も同様です。 (変更前)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態区分:要介護 1～5 ・利用サービス :介護給付 ・担当事業者 :居宅介護支援事業者 <p>(変更後)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態区分:要支援 1、2 ・利用サービス :予防給付 ・担当事業者 :介護予防支援事業者 |

| | 質 問 | 回 答 |
|----|--|---|
| 29 | <p>地域包括支援センターから委託を受け、居宅介護支援事業者が「介護予防ケアマネジメント」を提供していた利用者が、介護予防サービスの利用を開始することとなり、「介護予防支援」に移行し、同一の居宅介護支援事業者が、「介護予防支援」を提供する場合、「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」の提出は必要ですか。</p> | <p>利用するサービスが「介護予防ケアマネジメント」から「介護予防給付」に変更となり、主体となる担当事業者が「地域包括支援センター」から「介護予防支援事業者」に変更となるため、改めて「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」の提出が必要です。</p> <p>なお、「介護予防支援」から「介護予防ケアマネジメント」となる場合も同様です。</p> <p>(変更前)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態区分:要支援 1、2 ・利用サービス :総合事業 ・担当事業者 :地域包括支援センター <p>(変更後)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態区分:要支援 1、2 ・利用サービス :予防給付 ・担当事業者 :介護予防支援事業者 |

令和6年度版

藤沢市

ケアマネジャー 業務ハンドブック



令和6年8月発行

編集

藤沢市居宅介護支援事業所連絡協議会
藤沢市介護保険課

編集委員

藤沢市ケアマネジメントリーダー（敬称略、五十音順）
青木智彦・白濱ひとみ・中村操
廣瀬ひろみ・圓山春美・三上直樹・渡邊智恵

編集協力

藤沢市障がい者支援課、生活援護課、地域共生社会推進室、
高齢者支援課、地域医療推進課、健康づくり課、保健予防課