

厚岸町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年12月28日

厚岸町長 若狭 靖

厚岸町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

厚岸町介護保険条例施行規則（平成13年厚岸町規則第29号）の一部を次のように改正する。

第12条中「介護保険居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」に改める。

第19条第3項第1号中「100分の90」の次に「（法第49条の2の規定が適用される場合にあっては、100分の80）」を加え、同項第2号中「100分の90」の次に「（法第59条の2の規定が適用される場合にあっては、100分の80）」を加え、同項第2号中「100分の90」の次に「（法第49条の2の規定が適用される場合にあっては、100分の80）」を加える。

第22条第1項中「当該高額介護サービス費等に係るサービスに要した費用の額を証する書類を添えて、」を「より、」に改め、同条第2項中「第38号様式」を「第38-1号様式」に改め、同項の次に次の2項を加える。

- 3 施行令第22条の2の2第6項又は第29条の2の2第6項の規定を受けようとする者は、介護保険基準収入額適用申請書（第38-2号様式）に公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添えて、町長に申請しなければならない。
- 4 町長は、前項の申請があったときは、当該申請をした者が施行令第22条の2の2第6項又は第29条の2の2第6項の規定の適用を受ける者に該当するか否かを決定し、介護保険基準収入額適用承認（不承認）決定通知書（第38-3号様式）により

当該申請者に通知するものとする。

第1号様式中

氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被保険者番号	要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無	備 考
フリガナ	明・大・昭・平	男・女	世帯主		有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平	男・女			有・無	有・無	
フリガナ	明・大・昭・平	男・女			有・無	有・無	

を

(フリガナ) 氏 名	生年月日	性別	続柄	被保険者番号	個人番号	要介護認定の有無	介護保険施設入所の有無	備 考
(フリガナ) 氏 名	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	
(フリガナ) 氏 名	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	
(フリガナ) 氏 名	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	
(フリガナ) 氏 名	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	
(フリガナ) 氏 名	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	
(フリガナ) 氏 名	明・大・昭・平	男・女				有・無	有・無	

に改める。

第2号様式中

被 保 険 者	被保険者番号																	
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名													性 別	男	・	女	

を

被 保 険 者	被保険者番号																	個人番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

に改める。

第3号様式中

適用除外者	被保険者番号																	
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名													性別	男	・	女	

を

適用 被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女

に改める。

第4号様式中

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		

を

被 保 険 者	フリガナ		個人番号	
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号		

に、

「*2号被保険者の被保険証交付申請者用」を「*第2号被保険者の被保険証交付申請者用」に改める。

第5号様式中

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	被保険者氏名	〒 電話番号		

を

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名	〒 電話番号		

に、

「2号被験者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入」を「第2号被験者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入」に改める。

第6号様式、第12号様式、第15号様式及び第18号様式を次のように改める。
第6号様式(第7条関係)

介護保険 〔要介護認定・要支援認定〕申請書
〔要介護更新認定・要支援更新認定〕

厚岸町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ	-----										生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏 名											性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒										電話番号										
	前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2										
		有効期限 年 月 日 から 年 月 日																				
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
		介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日											

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印									
	住 所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所 在 地	〒 電話番号																				

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証 記号番号										
特 定 疾 病 名																					

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、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、厚岸町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

第12号様式(第8条関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

厚岸町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号															個人番号														
	フリガナ															生年月日	明・大・昭 年 月 日													
	氏 名															性 別	男 ・ 女													
	住 所	〒 電話番号																												
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5														要支援状態区分 1 2														
		有効期限 年 月 日 から 年 月 日																												
	変更申請の理由																													
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日														
		介護保険施設の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日														
		医療機関等の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日														
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地														期間 年 月 日～ 年 月 日															

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印																										
	住 所	〒 電話番号																										

主 治 医	主治医の氏 名															医療機関名														
	所 在 地	〒 電話番号																												

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名															医療保険被保険者証記号番号														
特 定 疾 病 名																													

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、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、厚岸町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

第15号様式(第10条関係)

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

厚岸町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																			生年月日	明・大・昭 年 月 日																		
	氏 名																			性 別	男 ・ 女																		
	住 所	〒																		電話番号																			
	現に受けている 要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5																		要支援状態区分 1 2																			
		有効期限 年 月 日 から 年 月 日																																					
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消徐を求める旨																																							
種類指定変更理由																																							

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒		
		電話番号		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特 定 疾 病 名			

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地 〒		
	電話番号 ()		
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等	※変更する場合のみ記入してください。		
変更年月日 (年 月 日付)			
厚岸町長 様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 電話番号 () 被保険者 氏 名			
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号		

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに厚岸町へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず厚岸町へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

第19号様式中

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							

を

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							

に改める。

第22号様式中

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							

を

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							

に改める。

第25号様式中

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		印	性	別	男	女			
生年月日	明・大・昭	年	月	日					

を

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		印	個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性	別	男	女	

に、

配偶者の有無	有	無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住 所	連絡先	
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)		
課税状況	市町村民税	課税	非課税

を

配偶者の有無	有	無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号							
	住所	連絡先											
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)												
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税												

に、

注意事項

- (1) この申請における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
 (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。

を

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
 (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

に改める。

第28号様式中

フリガナ		保険者番号											
被保険者氏名		被保険者番号											

を

フリガナ		保険者番号											
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											

に改める。

第31号様式中

フリガナ		保険者番号											
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											

を

フリガナ		保険者番号											
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											

に改める。

第33号様式中

フリガナ		保険者番号													
被保険者氏名		被保険者番号													

を

フリガナ		保険者番号													
被保険者氏名		被保険者番号													
		個人番号													

に改める。

第35号様式中

フリガナ		保険者番号													
被保険者氏名		被保険者番号													

を

フリガナ		保険者番号													
被保険者氏名		被保険者番号													
		個人番号													

に改める。

第37号様式中

フリガナ		保険者番号													
被保険者氏名		被保険者番号													

を

フリガナ		保険者番号													
被保険者氏名		被保険者番号													
		個人番号													

に改める。

第38号様式を第38-1号様式とし、同表の次に次の2表を加える

第38-2号様式（第22条関係）

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

（申請先）

厚岸町長 様

次のとおり関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

1	フリガナ		被保険者番号												
	被保険者番号		印	個人番号											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女								
2	フリガナ		被保険者番号												
	被保険者番号		印	個人番号											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女								
3	フリガナ		被保険者番号												
	被保険者番号		印	個人番号											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女								
住 所															
		連絡先													

氏 名			
年中の収入	公的年金	円	円
	給 与 (パート収入等を含む)	円	円
	() (年金・給与以外の収入)	円	円
	合 計	円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記についての記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人（40歳以上65歳未満の方除く。）及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- (2) 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象にならない収入（障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など）は除きます。
- (3) 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において厚岸町に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。

町記入欄

交付年月日	利用者負担の割合	開始年月日	終了年月日	備考
年 月 日	割	年 月 日	年 月 日	

第 38-3 号様式 (第 22 条関係)

介護保険基準収入額適用承認 (不承認) 決定通知書

第 年 月 日 号

様

厚岸町長

先に申請のありました介護保険基準収入額適用の申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名				被保険者番号				
申請年月日	年	月	日					
決定年月日	年	月	日					
決定内容				(不承認理由)				

・問い合わせ先

厚岸町保健福祉総合センター 課 係
住 所 厚岸町住の江 1 丁目 2 番地
電話番号 0153-53-3333

・不服の申立

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 60 日以内に、北海道介護保険審査会に審査請求をすることができます。
- 前項の審査請求に対する裁決について、なお不服があるときは、その裁決があったことを知った日から 6 月以内に、厚岸町 (訴訟において厚岸町を代表する者は厚岸町長となります。) を被告として、釧路地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます。
なお、裁決があったことを知った日から 6 月以内であっても、裁決の日から 1 年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。
- この処分については、第 1 項の審査請求の裁決を経た後でなければ、裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができません (介護保険法第 196 条)。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - 審査請求のあった日から 3 か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことに正当な理由があるとき。

住所 札幌市中央区北 3 条西 6 丁目
北海道 部 課内
電話 011-231-4111

第38号の2様式中

フリガナ		生年月日		性別	男・女	計算期間の始期及び終期	
氏名							

を

フリガナ		生年月日		性別	男・女	個人番号	
氏名						計算期間の始期及び終期	

に改める。

第39号様式中

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							

を

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							

に改める。

第43号様式中

被保険者番号									
被保険者氏名	フリガナ								

を

被保険者番号										個人番号							
被保険者氏名	フリガナ																

に改める。

第50号様式中

被保険者番号									
被保険者氏名	フリガナ								

を

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に利用した介護サービスの取扱いについては、なお従前の例による。