

厚岸町規則第8号

厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する条例施行規則をここに公布する。

平成29年3月9日

厚岸町長 若狭 靖

厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する条例(平成29年厚岸町条例第6号。以下「条例」という。)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(利用の申請等)

第2条 条例第5条の規定により、第1号事業を利用しようとする者のうち居宅要支援被保険者である者は、厚岸町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(別記様式第1号。以下「届出書」という。)を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項に規定する手続を本人に代わって厚岸町地域包括支援センター又は介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所に行わせることができる。

3 第1号事業を利用しようとする者のうち第1項以外の事業対象者である者は、届出書及び地域支援事業実施要綱(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知)に定める基本チェックリストを町長に提出しなければならない。

4 条例第3条第2号に規定する事業を利用しようとする者は、一般介護予防事業利用申請書(別記様式第2号)を町長に提出しなければならない。

(利用の判定及び通知)

第3条 町長は、前条に規定する第1号事業の利用の申請を受けたときは、第1号事業を利用しようとする者に係る届出書及び基本チェックリストの内容を審査し、第

1号事業の利用の適否を決定するものとする。

2 町長は、第1号事業の利用が適当と認める場合は当該事業対象者を介護保険受給者台帳に登録の上、介護保険被保険者証に事業対象者である旨の記載をするものとし、利用が不適当と認める場合は第1号事業利用不決定通知書（別記様式第3号）を通知するものとする。

3 町長は、前条第4項に規定する事業を利用しようとする者に対し、事業の利用が適当と認める場合は一般介護予防事業利用決定通知書（別記様式第4号）により、事業の利用が不適当と認める場合は一般介護予防事業利用不決定通知書（別記様式第5号）により、それぞれ通知するものとする。

（第1号事業に要する費用の額）

第4条 条例第6条及び第7条第1項に規定する規則で定める額は、別表により算定した単位数の合計に1単位当たり10円を乗じて得た額（その額に1円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。）とする。

（第1号事業支給費に関する審査及び支払）

第5条 町長は、条例第7条に規定する費用の支給に係る審査及び支払に関する事務を、法第115条の45の3第6項の規定により北海道国民健康保険団体連合会に委託して行うことができる。

（第1号事業支給費に係る支給限度額）

第6条 法第55条に規定する介護予防サービス費等に係る支給限度額の例により算定した第1号事業費（第1号介護予防支援事業に係るものは除く。）と同条第1項に規定する合計額を合算した額は、同条第2項に規定する額（以下「支給限度額」という。）を超えてはならない。

2 前項の支給限度額を算定する場合において、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）第140条の62の4第2号に規定する第1号被保険者は、要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58号）第2条第1項第1号に規定する要支援状態区分に該当する居宅要支援被保険者とみなす。

（高額介護予防サービス費等相当の支給）

第7条 条例第9条に規定する費用の支給要件、支給額その他高額介護予防サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費の支給に相当する費用に関して必要な事項は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第29条の2の2及び第29条の3の

規定を準用する。

- 2 高額介護予防サービス費の支給に相当する費用の支給を希望する者は、高額介護予防サービス費相当額支給申請書（別記様式第6号）を町長に提出しなければならない。
- 3 町長は、前項の申請があったときは、速やかに審査し、支給の可否を決定し、高額（医療合算）介護予防サービス費相当額支給（不支給）決定通知書（別記様式第7号）により当該申請者に通知するものとする。
- 4 高額医療合算介護予防サービス費相当額の支給を受けようとする者は、高額医療合算介護予防サービス費相当額支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（別記様式第8号）を町長に提出しなければならない。
- 5 町長は、前項の申請があったときは、速やかに当該被保険者の介護保険に係る自己負担額の内容を確認し、介護保険自己負担額証明書（別記様式第9号）を当該申請者に交付するものとする。

（事業者の指定）

第8条 条例第10条に規定する第1号事業の指定を受けようとする者は、厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書（別記様式第10号）に必要な書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請は、その事業を開始する月の前々月の末日までにしなければならない。

（指定の決定等）

第9条 町長は、前条の規定による申請を受けたときは、別に定める事業者の指定基準に従い、指定の適否を審査し、指定することを決定したときは事業者指定（更新）決定通知書（別記様式第11号）により、指定することを決定しないときは事業者指定不決定通知書（別記様式第12号）により、それぞれ当該申請をした者に通知するものとする。

（指定の更新の期間）

第10条 省令第140条の63の7による町が定める指定の有効期間は、6年とする。

（変更等の届出）

第11条 第9条の規定により指定を受けた者（以下「指定事業者」という。）は、申請した事項に変更があったときは、厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書（別記様式第13号）を町長に提出しなければならない。

- 2 前項の届出は、その変更があったときから10日以内にしなければならない。

- 3 指定事業者は、その事業の廃止、休止又は再開する場合は、厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書（別記様式第14号）を町長に提出しなければならない。
- 4 前項の届出は、その廃止、休止又は再開をする日の1月前までにしなければならない。

（指定の取消し等に係る通知）

第12条 町長は、法第115条の45の9の規定に基づき、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止するときは、事業者指定取消通知書（別記様式第15号）により、その理由を付して当該事業所に通知するものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、平成29年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 法附則第13条の規定により、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）の前日において、旧法第53条第1項本文の指定を受けている介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の事業を行う者は、平成30年3月31日までの期間、指定事業者の指定を受けたものとみなす。
- 3 施行日の前日において、省令第140条の63の6第1号イに規定する旧介護予防訪問介護又は旧介護予防通所介護のサービスを利用している者は、平成30年3月31日までの間、継続してこれらのサービスを利用することができる。施行日以後において、これらのサービスを新規に利用する者も同様とする。

（厚岸町介護予防・生活支援事業条例施行規則の一部改正）

- 4 厚岸町介護予防・生活支援事業条例施行規則（平成13年厚岸町規則第5号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

厚岸町高齢者等及び身体障害者生活支援事業条例施行規則

第1条中「介護予防・」を「高齢者等及び身体障害者」に改める。

第2条第10号を削る。

第4条第1号中「、寝具洗濯乾燥消毒サービス事業及び介護予防事業」を「及び寝具洗濯乾燥消毒サービス事業」に改める。

別記第10号様式を次のように改める。

別記第10号様式 削除

別記第13号様式中「介護予防」を削り、

「

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業		年2回まで	
介護予防事業			

を

」

「

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業		年2回まで	
----------------	--	-------	--

に改める。

」

別記第20号様式、別記第21号様式及び別記第22号様式中「介護予防・」を「高齢者等及び身体障害者」に改める。

(厚岸町老人福祉基金条例施行規則の一部改正)

- 5 厚岸町老人福祉基金条例施行規則（平成2年厚岸町規則第3号）の一部を次のように改正する。

第2条6号中「介護予防・」を「高齢者等及び身体障害者」に改める。

(厚岸町じん臓機能障害者通院交通費助成規則の一部改正)

- 6 厚岸町じん臓機能障害者通院交通費助成規則（平成12年厚岸町規則第52号）の一部を次のように改正する。

第6条中「介護予防・」を「高齢者等及び身体障害者」に改める。

別表（第4条関係）

介護予防訪問相当サービス

ア 訪問型サービス費Ⅰ (週1回程度の訪問)	対象:事業対象者、要支援1・2 1月につき1,168単位	アからウまでについて 1 介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 ×70/100	アからウまでについて 1 特別地域介護予防訪問介護加算 +15/100 2 中山間地域等における小規模事業所加算 +10/100 3 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 +5/100
イ 訪問型サービス費Ⅱ (週2回程度の訪問)	対象:事業対象者、要支援1・2 1月につき2,335単位	2 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一の建物(同一の建物の取扱いは訪問介護と同様)の利用者20人以上にサービスを提供する場合 ×90/100	
ウ 訪問型サービス費Ⅲ (週2回を超える程度の訪問)	対象:事業対象者、要支援2 1月につき3,704単位		
エ 初回加算	1月につき +200単位		
オ 生活機能向上連携加算	1月につき +100単位		
カ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき +所定単位×137/1000	所定単位はアからオまでにより算定した単位数の合計	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1月につき +所定単位×100/1000		
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1月につき +所定単位×55/1000		
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	1月につき +(Ⅲ)×90/100		
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	1月につき +(Ⅲ)×80/100		

注 特別地域介護予防訪問介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算及び介護職員処遇改善加算は、支給限度管理の対象外の算定項目である。

介護予防通所相当サービス

ア	対象:事業対象者、要支援1 1月につき1,647単位 ※事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所介護を行う場合 -376単位 対象:事業対象者、要支援2 1月につき3,371単位 ※事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所介護を行う場合 -752単位	1 利用者数が利用定員を超える場合 ×70/100 2 看護又は介護職員の員数が基準に満たない場合 ×70/100 3 若年性認知症利用者受入加算を算定する場合 +240単位	3 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 +5/100
---	--	--	------------------------------------

イ 生活機能向上グループ加算	1月につき +100単位	
ウ	1月につき +225単位	
エ 栄養改善加算	1月につき +150単位	
オ 口腔機能向上加算	1月につき +150単位	
カ (1)選択的サービス複数実施加算 (I)	運動機能向上及び栄養改善 +480単位 /月	
	運動機能向上及び口腔機能向上 +480単位 /月	
カ (2)選択的サービス複数実施加算 (II)	栄養改善及び口腔機能向上 +480単位 /月	
	運動機能向上、栄養改善及び口腔機能向上 +700単位 /月	
キ 事業所評価加算	1月につき +120単位	
ク (1)サービス提供体制強化加算 (I)イ	対象:事業対象者、要支援1 +72単位 /月	
	対象:要支援2 +144単位 /月	
ク (2)サービス提供体制強化加算 (I)ロ	対象:事業対象者、要支援1 +48単位 /月	
	対象:要支援2 +96単位 /月	
ク (3)サービス提供体制強化加算 (II)	対象:事業対象者、要支援1 +24単位 /月	
	対象:要支援2 +48単位 /月	
ケ 介護職員処遇改善加算(I)	1月につき +所定単位×59/1000	所定単位はアからクまでにより算定した単位数の合計
介護職員処遇改善加算(II)	1月につき +所定単位×43/1000	
介護職員処遇改善加算(III)	1月につき +所定単位×23/1000	
介護職員処遇改善加算(IV)	1月につき +(III)×90/100	
介護職員処遇改善加算(V)	1月につき +(III)×80/100	

注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目である。

第1号介護予防支援事業

ア 介護予防ケアマネジメント費	1月につき430単位
イ 初回加算	1月につき +300単位

単価:1単位10円とする

別記様式第1号(第2条関係)

厚岸町介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

										区 分					
										新規・変更					
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号										
フリガナ															
					個 人 番 号										
					生 年 月 日					性 別					
					年 月 日					男・女					
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター															
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒							
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。															
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒							
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。															
変更年月日 (年 月 日付)															
(届出先) 厚岸町長 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 住所 年 月 日 被保険者 氏名 電話番号 ()															
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者(地域包括支援センター)事業所番号													

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

別記様式第2号（第2条関係）

一般介護予防事業利用申請書

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所

氏名

一般介護予防事業を利用したいので、次のとおり申請します。

記

利用を希望する 事業名							
申請者に関する事項		生年月日	・		性別	男・女	
		年齢	歳		連絡先（電話）		—
家族 構 成	氏名	続柄	生年月日		備考		
		本人	・				
			・				
			・				
緊急時の 連絡先	住所						
	氏名		続柄		自宅電話	—	
					勤務先電話	—	
(参考事項)							

第1号事業利用不決定通知書

厚 第 号
年 月 日

様

厚岸町長

印

年 月 日付けで申請のあった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に係るサービスの利用について、次の理由により不決定としますので、通知します。

記

氏 名	
住 所	
不決定理由	
備 考	

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、厚岸町長に対して審査請求をすることができ、この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを被告として（訴訟をおこす）、厚岸町を代表する者は厚岸町長となります。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。なお、上記1の審査請求をした場合は、処分の取り消し（訴訟を提起する）ができません。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを被告として（訴訟をおこす）、厚岸町を代表する者は厚岸町長となります。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。なお、上記1の審査請求をした場合は、処分の取り消し（訴訟を提起する）ができません。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過し、たまたま審査請求をしない場合は、審査請求をしないことと取り消し（訴訟を提起する）ができません。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。この処分を取消し（訴訟を提起する）ことができません。

一般介護予防事業利用決定通知書

厚 第 号
年 月 日

様

厚岸町長



年 月 日付けで申請のあった一般介護予防事業の利用について、次のとおり決定したので、通知します。

記

1 利用開始年月日 年 月 日

2 利用内容

事業名	利用者負担	回数等	備考

高額介護予防サービス費相当額支給申請書

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										
生年月日		年	月	日	性別	男・女								
住所		〒												
		電話番号												
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号									
世帯構成	世帯主													
	世帯員													
<p>厚岸町長 様</p> <p>上記のとおり高額介護予防サービス費相当額の支給を申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>														

注意・今回の支給以降、高額介護予防サービス費相当額が支給される場合、申請手続は不要となります。

また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

・給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス費相当額の支給ができない場合があります。

高額介護予防サービス費相当額を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号										
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金											
			2 当座預金											
			3 その他											
	フリガナ													
	口座名義人													

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限の状況	備考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	

高額（医療合算）介護予防サービス費相当額支給（不支給）決定通知書

第 年 月 日

様

厚岸町長

先に申請のありました給付費については、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													
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円		
給付の種類			
支給	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	支給金額 円
不支給・減額の理由			

支払方法			
<input type="checkbox"/> 窓口払		<input type="checkbox"/> 口座払	
お持ちいただくもの	・この通知書 ・印鑑	金融機関	
支払場所		口座種目	
支払期間	年 月 日～ 年 月 日	振込先	口座番号
	月曜から金曜 午前 時～午後 時		口座名義人
			振込予定日

・問い合わせ先

厚岸町保健福祉総合センター保健福祉課介護保険係
住 所 厚岸町住の江1丁目2番地
電話番号 0153-53-3333

・審査請求

- 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3か月以内に、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か月以内に、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か月以内であっても、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
電話 011-231-4111

高額医療合算介護予防サービス費相当額支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	支給申請書整理番号 (保険者等記入欄)
--------	----	------	------	------	-------	------------------------

フリガナ	生年月日		性別	男・女	個人番号	
氏名	国民健康保険資格情報		続柄	加入期間	計算期間の始期及び終期	
保険者番号	被保険者証記号	被保険者番号	保険者名称	加入期間		
保険者番号	後期高齢者医療資格情報		広域連合名称	加入期間		
保険者番号	介護保険資格情報		保険者名称	加入期間		
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	店舗コード	種目	フリガナ	振込先口座管理番号
					金融機関コード	
保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
	1				備考欄	
	2					
3						

厚岸町長	様	年	月	日
郵便番号	住所			
申請代表者				
氏名	印			
電話番号				

① 上記対象者について、高額医療合算介護予防サービス費相当額の支給を申請します。
 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のみを丸で囲んでください。
 高額医療合算介護予防サービス費相当額の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

枚中	枚目
----	----

備考

- 1 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

ご記入上の注意事項等

1 高額医療合算介護サービス費相当額支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護サービス費相当額として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 被刷世帯主」とは、世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入履歴に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合は同証明書を記載して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入履歴への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載してください。
い。
- 例) 口座管理番号 2 の被保険者への支給額を、口座管理番号 1 の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号 2 の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に 1 と記載する。

(6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。

- ① 国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
- ② 健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
・健保組合等被用者保険の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く。）
- ③ 死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した事由
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（被刷世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (8) 2 名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が 3 割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができません。

2 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載してください（2 以上の市町村の保険者番号を記載しないでください）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

- 1 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 2 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）+保険者番号 8 桁（介護保険者の場合、先頭 2 桁を“99”とする）+保険者が付する通し番号 6 桁」（計 17 桁）なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に I から付番すること。

様

介護保険自己負担額証明書

下記のとおり証明します。

フリガナ 氏名			
生年月日		性別	証明対象年度
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		被保険者番号	
対象となる計算期間		年 月 日 ~	年 月 日
計算期間において被保険者であった期間		年 月 日 ~	年 月 日
サービス提供年月	自己負担額	うち70歳~74歳の者に係る自己負担額	摘要
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
計			
年 月 日			
厚岸町長			印

【保険者連絡用】

(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 0153-53-3333
(計算結果送付先)	

備考

記入上の注意事項

- 1 「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。
- 2 「対象となる計算期間」中に、当該介護保険において複数の被保険者期間を有する等により被保険者証の番号が複数ある場合には、「被保険者番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載するか、被保険者番号ごとに当該証明書を発行するか、各被保険者にて適宜対応すること。
- 3 「対象となる計算期間」中において複数の被保険者期間を有する場合、「計算期間において被保険者であった期間」欄には、上記1の対応に準じた記載をすること。また、複数の被保険者期間を有し、かつ、同一の被保険者番号である場合には、「計算期間において被保険者であった期間」欄には、最初の被保険者資格取得日（計算期間以前の資格取得の場合は計算期間初日）と最後の被保険者資格の喪失日（計算期間において資格継続中の場合は計算期間末日）を記載し、資格喪失月（一部資格喪失月を除く。）の「摘要」欄に、「被保険者資格喪失」と記載すること。
- 4 「対象となる計算期間」中に給付制限を受けており、自己負担が3割となっている期間については、該当月の「自己負担額」欄（「うち70歳～74歳の者に係る自己負担額」欄）には零を記載し、「摘要」欄に「給付額減額」と記載すること。
- 5 【保険者連絡用】の（問い合わせ先）については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を記載すること。

受付番号

厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書

年 月 日

厚岸町長 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名 印

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申 請 者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別			法人所管庁		
	代表者の職名・ 氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日		
	代表者の住所	(郵便番号 -)				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
	同一所在地において行う事業の種類	実施 事業	指定申請をする 事業の事業開始 予定年月日	既に指定を受け ている事業の 指定年月日	様式	
	第1号事業サ ービス	介護予防訪問相当サービス				付表1
		介護予防通所相当サービス				付表2
介護保険事業書番号	(既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所管庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 保健医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

事業者指定（更新）決定通知書

厚 第 号
年 月 日

様

厚岸町長

印

年 月 日付けの介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請について、次のとおり第1号事業者として指定することを決定したので、通知します。

事業所番号	
事業所名	
所在地	
申請者名称	
代表者名	
指定年月日	年 月 日
指定の有効期間満了日	年 月 日
サービスの種類	
特記事項	

事業者指定不決定通知書

厚 第 号
年 月 日

様

厚岸町長

印

年 月 日付けの介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請について、第1号事業者としての指定を不決定としますので、通知します。

申請者名称	
代表者名称	
事業所名	
所在地	
サービス種類	
不決定理由	
特記事項	

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、厚岸町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、厚岸町を被告として（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。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

厚岸町長 様

所在地
事業者 名称 印
代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更したので、届け出ます。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所（施設）		名称							

		所在地							
サービスの種類									
変更があった事項		変更の内容							
1	事業所・施設の名称	(変更前)							
2	事業所・施設の所在地								
3	申請者の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名、住所及び職名								
6	定款・寄付行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）								
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)							
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所								
9	運営規程								
10	サービス費の請求に関する事項								
11	役員の氏名及び住所								
12	その他								
変更年月日		年 月 日							

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

別記様式第14号（第11条関係）

厚岸町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

厚岸町長 様

所在地
 事業者 名称 印
 代表者氏名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしたので、届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止（休止・再開）する事業所	名 称								
	所在地								
サ ー ビ ス の 種 類									
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 の 別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開								
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 する 年 月 日	年 月 日								
休 止 ・ 廃 止 する 理 由									
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止する場合のみ)									
休 止 予 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従事者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

事業者指定取消通知書

厚 第 号
年 月 日

様

厚岸町長

介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の9の規定により、次の指定事業所の指定を取消し（指定の全部又は一部の効力の停止）をします。

（通知）

記

事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所番号	
指定取消し（指定の全部又は一部の効力の停止）年月日	年 月 日 （ 年 月 日から 年 月 日まで）
指定取消し（指定の全部又は一部の効力の停止）の理由	

審査請求

- 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3か月以内に、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か月以内に、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か月以内であっても、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
電話：011-231-4111