

久喜市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

久喜市介護保険条例施行規則（平成22年久喜市規則第129号）の一部を次のように改正する。

第15条第3項中「小規模多機能型居宅介護」を「（看護）小規模多機能型居宅介護」に改める。

様式第10号から様式第11号までを次のように改める。

様式第10号の2（第15条関係）

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						
					年 月 日						
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒			
					電話番号						
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス計画開始（変更）日						
					年 月 日						
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 ※居宅介護支援事業所が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒			
					電話番号						
居宅介護支援事業所番号											
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。											
久喜市長 あて 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作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出ます。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()											
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名											
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 保険者（久喜市・久喜市外） <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									
		都道 府県		市区 町村							

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに久喜市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず久喜市へ届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

様式第14号から様式第16号までを次のように改める。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ						保険者番号							1	1	2	3	2	6	
被保険者氏名						被保険者番号													
生年月日	年 月 日					個人番号													
住所	〒 -					電話番号													
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名					購入金額						購入日							
						円						年 月 日							
						円						年 月 日							
						円						年 月 日							
福祉用具が 必要な理由																			
久喜市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名																			

注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。
 （被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、別途委任状が必要です。）

(1) 振込口座を指定する。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 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								

(2) 公金給付支給等口座を利用する。

※公的給付支給等口座を利用する場合は、口座振込依頼欄への記入は、不要です。

様式第15号（第19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

フリガナ		保険者番号		1	1	2	3	2	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日生	個人番号							
住所	〒 電話番号								
住宅の所有者	本人との関係（ ）								
改修の内容・箇所及び規模	業者名								
	着工日	年 月 日							
	完成日	年 月 日							
改修費用	円								
久喜市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号									

注意・この申請書の裏面に、領収証及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。

居宅介護（介護予防）住宅改修費を次の口座に振り込んでください。
 （被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、別途委任状が必要です。）

振込口座を指定する。

口座振込依頼欄	銀行・農協 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								

公金給付支給等口座を利用する。

※公的給付支給等口座を利用する場合は、口座振込依頼欄への記入は、不要です。

様式第16号（第20条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
（ 年 月分）

フリガナ			保険者番号			1	1	2	3	2	6
被保険者 氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日			年 月 日生								
住 所	〒		電話番号								
	氏 名	生年月日	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										
久喜市長 あて 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名											

注意・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請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（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（介護予防）サービス費を次の口座に振り込んでください。

（被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、別途委任状が必要です。）

(1) 振込口座を指定する。

口座 振込 依頼 欄	銀行・農協 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										

(2) 公金給付支給等口座を利用する。

※公的給付支給等口座を利用する場合は、口座振込依頼欄への記入は、不要です。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。