

砂川市規則第7号  
令和4年3月17日

砂川市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。

砂川市長 善 岡 雅 文

( 別 紙 )

## 砂川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市介護保険条例施行規則（平成 12 年規則第 2 号）の一部を次のように改正する。

別記第 4 号様式（第 7 条関係）及び別記第 6 号様式（第 8 条関係）を次のように改める。

### 附 則

この規則は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

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

砂川市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号																
	医療 保険	保険者名												保険者番号															
		被保険者証		記号								番号						枝番											
	フリガナ												生年月日		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					有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体（市町村）名[ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。[ はい ・ いいえ ] （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。） 「はい」の場合、申請日 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																		
	有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日								

申請者氏名											本人との続柄											
申請者住所	〒										電話番号											
提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）																					

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名															
	所在地					〒										電話番号					

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

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、砂川市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

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

砂川市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険者番号									個人番号														
	医療 保 険	保険者名								保険者番号														
		被保険者証	記号						番号				枝番											
	フリガナ									生年月日		年 月 日												
	氏名									性別		男・女												
	住所		〒											電話番号										
	現在の要介護状態区分等		要介護状態区分 1 2 3 4 5											要支援状態区分 1 2										
			有効期間											年 月 日 から		年 月 日まで								
			*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体（市町村）名 [ ]											現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。[ はい・いいえ ] （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）								
	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											
		医療機関等の名称等・所在地							期間		年 月 日～		年 月 日											
有・無																								

申請者氏名								本人との続柄												
申請者住所	〒											電話番号								
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)																			

主治医	主治医の氏名							医療機関名								
	所在地							〒		電話番号						

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

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、砂川市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 \_\_\_\_\_