

# 帳 票 編

◆◇帳票編目次◇◆

No.	帳票名	ページ
1	介護保険 要介護認定・要支援認定申請書、認定調査連絡票、申請取下げ書	帳票編 1
2	総合事業関連帳票（基本チェックリスト、支援計画表（ケアプラン））	帳票編 10
3	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、 小規模多機能型居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書	帳票編 15
4	介護保険認定情報提供依頼書	帳票編 24
5	介護保険被保険者証等交付（再交付）申請書	帳票編 27
6	介護情報提供書、ケアマネジャーから主治医へのファクス送付書	帳票編 30
7	もの忘れ相談シート関連帳票 （もの忘れ相談シート1・2、もの忘れ相談シート運用実績簿、表紙）	帳票編 34
8	利用者支援台帳、ケアマネジメントプロセス確認表	帳票編 41
9	住宅改修関係帳票（住宅改修費支給申請書、住宅改修が必要な理由、 住宅改修見積書、委任状、住宅改修事前申請に伴う了承事項、住宅改修承諾書）	帳票編 46
10	武蔵野市住宅改修支援事業補助金交付申請書兼請求書	帳票編 68
11	介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書	帳票編 74
12	武蔵野市介護老人福祉施設入所申込書兼調査票、武蔵野市特別養護老人 ホーム入所対象者（要介護1又は2）に伴う申請書	帳票編 80
13	短期入所の要介護認定等有効期間のおおむね半数を超える利用理由届出書	帳票編 87
14	「厚生労働大臣が定める回数」以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付 けている居宅サービス計画の届出書	帳票編 90
15	居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等に係る届出書	帳票編 92
16	介護保険負担限度額認定申請書、同意書	帳票編 95
17※	介護保険高額介護（介護予防）サービス費兼高額介護予防サービス費相当事 業費支給申請書	帳票編 102
18※	高額医療合算介護（予防）サービス費の支給について	帳票編 107
19	武蔵野市介護保険利用者負担額助成申請書	帳票編 112
20	地区別ケース検討会（参加・変更・辞退）届出書	帳票編 117
21	事故報告書	帳票編 119
22	武蔵野市介護保険 Q&A 票	帳票編 123
23	軽度者福祉用具貸与の例外給付確認申請書	帳票編 126
24	家族介護用品支給申請書	帳票編 129

注1：※は、要件に該当する方に市役所から勧奨通知を送付するため、申請書は掲載しておりません。

NO. 1	帳票名:介護保険 要介護認定・要支援認定申請書、認定調査連絡票、申請取下げ書
担当:介護認定係	関連ページ: p.15

## 1 概要

### (1)概要

介護保険要介護・要支援認定の申請（新規申請・変更申請・更新申請・転入継続）の際に「介護保険要介護認定・要支援認定申請書」「認定調査連絡票」を使用します。

申請を取下げの際は、「申請取下げ書」を使用します。

### (2)提出先

高齢者支援課介護認定係

在宅介護・地域包括支援センター

※ 原則として直接提出。

※ やむを得ず郵送により提出する場合は、高齢者支援課へ。

（高齢者支援課收受日が申請日・取下げ日となるため注意する。）

## 2 備考

### (1)要介護・要支援認定申請について

○介護保険被保険者証を添付

※ 第2号被保険者の新規申請の場合、介護保険被保険者証は不要

※ 第2号被保険者の場合、医療保険の加入状況はマイナンバーを利用したデータ連携で行う。

○「認定調査連絡票」のうち該当するものを添付

※ 新規及び変更申請と、更新申請で使用する帳票が異なるので注意する。

○転入継続の場合は、住民票異動日から14日以内に申請する。

※ 前住所の自治体から受給資格証明書が交付された場合は添付する。

※ 介護保険被保険者証・認定調査連絡票の添付は不要

○個人番号がわかる場合は記入し、個人番号確認書類・本人確認書類を添付する。

※ 個人番号がわからない場合も申請は受付可能（確認書類は添付不要）

＜個人番号確認書類＞以下のうち1点

個人番号カード（裏面）、住民票（個人番号の記載があるもの）等

＜本人（身元）確認書類＞以下の①②のうちいずれか（期限内で有効なもの）

①個人番号カード（表面）、運転免許証、障害者手帳、旅券等 のうち1点

②介護保険被保険者証、医療保険被保険者証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等 のうち2点

### (2)その他の事項

○主治医の氏名・医療機関所在地・電話番号・診療科目を記載するため、申請の際は診察券やメモ等を持参する。

■申請の際は、別紙「認定調査連絡票」を添付してください。

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

武蔵野市長 殿

次のとおり申請します。 ( 新規 更新 変更 転入 )

※太線の枠内をお書きください。

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0				記入日	年 月 日		
	フリガナ					個人番号			
	氏名					生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住所	〒 —				性別	男 ・ 女		
	入所・入院中の方	・施設入所中 ・医療機関入院中	種類	・特別養護老人ホーム ・老人保健施設 ・有料老人ホーム ・グループホーム ・病院 ・その他 ( )					
	施設名または医療機関名								
	所在地	〒 —				電話番号			
主 治 医	❖施設の場合は施設担当医をご記入ください。			医療機関名					
	主治医名			診療科名	科	最近の受診日 又は受診予定日	年 月 日		
	所在地	〒 —				電話番号			
問 い 合 わ せ 先	フリガナ				本人との 関係				
	氏名					電話番号			
	住所	〒 —				※本人の住所地において認定結果通知等の管理が困難な場合は、別途「送付先設定届」を提出してください。			
該 当 者 の み 記 入	提出代行者 (事業所が提出する場合)	名称	担当者名 ( )						
		所在地	〒 —				電話番号		
	前回の認定結果 (更新・変更申請の場合)	状態区分： 要支援 1・2      要介護 1・2・3・4・5      事業対象者							
		有効期間： 年 月 日 から 年 月 日 まで							
	申請理由 (変更申請の場合)								
	医療保険者名	医療保険証	記号	番号					
◆第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者) ※第2号被保険者の方のみ医療保険証のコピーを添付してください。					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、主治医意見書、及び利用者負担割合を武蔵野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**

**申請受付日**

<p>＜事務処理欄＞</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">番号確認</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>住民票 <input type="checkbox"/>その他( )</td> <td style="width: 10%;">身元確認</td> <td style="width: 50%;">1点 <input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>障害者手帳 <input type="checkbox"/>その他( ) 2点 <input type="checkbox"/>介護保険証 <input type="checkbox"/>医療保険証 <input type="checkbox"/>年金手帳 <input type="checkbox"/>その他( )</td> <td style="width: 10%;">確認者印</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者印	
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者印											
受付場所(氏名)		被保険者証回収		資格者証	給付制限	備考									
( )		回収	紛失	未回収	なし		あり	▶ 保険証送付可・保険証収納担当へ							
調査員所属(氏名)		申請入力	調査依頼	意見書依頼	意見書回収	新規・転入の場合		高齢者支援課受領日							
( )				/	/	限度額	ケアマネ	負担割合証							

■申請の際は、別紙「認定調査連絡票」を添付してください。

# 介護保険 要介護認定申請書

武蔵野市長 殿

次のとおり申請します。

(新規 更新 変更 転入)

**記入例**  
新規・変更用

いずれかにチェック

※太線の枠内をお書きください。

被保険者番号		0000000000		記入日	〇〇年〇月△日	
フリガナ		〇〇〇〇 〇〇〇〇		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
氏名		〇〇 〇〇		生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇日	
住所		〒180-0000 武蔵野市〇〇町〇-〇〇-〇〇		性別	男・女	
電話番号		0422-xx-xxxx				
被 保 者	入所・入院中の方	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 医療機関入院中	種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input checked="" type="checkbox"/> 病院		
	施設名または医療機関名	◆◆病院				
	所在地	〒180-0000 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇		電話番号		
主 治 医	◆施設の場合は施設担当医をご記入ください。		医療機関名 ◆◆病院			
	主治医名	◆◆ ◆◆		診療科名	〇〇科 最近の受診日 又は受診予定日 〇〇年〇月×日	
	所在地	〒180-0000 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇		記入された医療機関に市から意見書作成を依頼します		
問 い 合 わ せ 先	フリガナ	〇〇〇〇 △△△△		本人との関係	夫 電話番号 090-xxxx-xxxx	
	氏名	〇〇 △△		申請者や家族・知人・後見人等、今回の申請についてのお問い合わせ先をご記入ください ※通知書等の送付先ではありません		
	住所	〒180-0000 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇		※本人の住所地において認定結果通知等の		
該 当 者 の み 記 入	提出代行者 (事業所が提出する場合)	名称	居宅介護支援事業所・介護保険施設が代行で提出する場合には必ず記入してください			
	提出代行者 (事業所が提出する場合)	所在地	〒			
	前回の認定結果 (更新・変更申請の場合)	状態区分	要支援 1・2 要介護 ①・2・3・4・5		事業対象者	
	有効期間	〇〇年〇月×日から △△年〇月×日まで				
	申請理由 (変更申請の場合)	変更申請の場合には必ず記入してください				
医療保険者名	医療保険証記号		番号		xxxx xxxxx	
◆第2号被保険者	医療保険加入済の方は記入してください		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内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、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。				40~64歳の方が申請する場合のみ記入してください		申請受付日
本人氏名				〇〇 〇〇		
〈事務処理欄〉		番号確認		1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他		
受付場所(氏名)		被保険者証回収		2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/>		
高齢者支援課	回収	紛失	未回収	備考	保険証送付可・保険証収納担当へ	
調査員所属(氏名)	申請入力	調査依頼	意見書依頼	意見書回収	新規・転入の場合	
					限度額	ケアマネ
					負担割合証	高齢者支援課受領日

# 認定調査連絡票

新規 変更

調査員が訪問する際の参考にします。下記太枠内の該当する□にチェックを入れ具体的に記入してください。

フリガナ		東・南・御・本・北・中・西・緑・八・関・境・境南・桜	明大昭	年 月 日
氏名	住所	生年月日	( 歳 )	
申請理由	◆◆申請のきっかけ、治療中の病気、生活で困っていること等を記入してください。◆◆			
生活状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居( ) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし			
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有( 級) 障害名( ) <input type="checkbox"/> 無			
希望するサービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ( ) ( )			
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅(住民登録地) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 または 施設に入所中 病院・施設 { 名称( ) 病棟( ) { 所在地( ) { 電話番号( ) ◆いつから入院(所)していますか ( 年 月 日から ) ◆退院(所)の予定はありますか <input type="checkbox"/> あり( 月 日/未定) <input type="checkbox"/> なし ※(上記で「ある」と答えた方) ◆退院(所)後のご予定は <input type="checkbox"/> 転院( ) <input type="checkbox"/> 在宅へ <input type="checkbox"/> その他(ご家族の家に居る場合等) 住所( ) 名称(ご家族等の氏名)( ) 電話番号( )			
調査時の立会い	<input type="checkbox"/> 希望しない ※調査は月～金曜日の午前9時～午後4時の間で実施します <input type="checkbox"/> 希望する ※立会い希望の方には事前にお電話させていただきます フリガナ ( ) 続柄 ( ) 氏名 ( ) 日中の連絡先 ①( ) (電話番号) ②( )			
調査時配慮すること	◆◆事前に調査員に伝えておきたいこと等があれば記入してください。◆◆			

<事務処理欄>

申請者	申請日	受付	相談記録	他機関への連絡	在支同行	希望日時	認定調査員
本人	/	高支( )	有・無	未・済	有・無	/ :	FAX送付( )
家族( )		包括( )		高支( )	担当者	/ :	
ケアマネ( )		在支( )		包括( )		/ :	
( )	障福・生福( )	在支( )	障福・生福( )	/ :			
( )	郵送						

記入例

# 認定調査連絡票

新規 変更

記入の際の参考にします。下記太枠内の該当する□にチェックを入れ具体的に記入してください。

フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	東・南・御・本・北・中・西・緑	明大〇年〇月〇日
氏名	〇〇 〇〇	住所 〇-〇〇-〇〇	月日 (×× 歳)
申請理由	要介護認定を受けたい（又は介護度を変更したい）と考えた理由、利用したいサービス等をご記入ください。 例①：「〇月〇日に△△の骨折で入院・リハビリ中で、主治医から申請を勧められた。」 例②：「腰痛がひどく、〇年前から通院中。手すりや歩行器をレンタルしたい。」		
生活状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居(夫、妻、長男、長女等)	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	
障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 級) 障害名(〇〇〇)	<input type="checkbox"/> 無	
希望するサービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ( )		
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地) <input checked="" type="checkbox"/> 病院に入院中 または 施設に入所中 病院・施設 { 名称 ( ◆◆病院 ) 棟 ( 〇号室 ) 所在地 ( 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 ) 電話番号 ( 0422-××-×××× ) いつから入院(所)していますか ( 20××年 〇 月 △ 日から )		
退院(所)の予定	<input checked="" type="checkbox"/> 退院(所)の予定はありますか <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 〇 月 △ 日 / 未定 ) <input type="checkbox"/> なし ※(上記で「ある」と答えた方) <input checked="" type="checkbox"/> 退院(所)後のご予定は <input checked="" type="checkbox"/> 転院( ▲▲病院 ) <input type="checkbox"/> 在宅へ <input type="checkbox"/> その他 (ご家族の家に居る場合等) 住所 ( ) 名称(ご家族等の氏名) ( )		
調査時の立会い	<input type="checkbox"/> 希望しない ※調査は月～金曜日の午前9時～午後4時の間を実施します <input checked="" type="checkbox"/> 希望する ※立会い希望の方には事前にお電話させていただきます フリガナ ( 〇〇〇〇 ▲▲▲▲ ) 続柄 ( 夫 ) 氏名 ( 〇〇 ▲▲ ) 日中の連絡先 (電話番号) ①( 090-××××-×××× ) ②( 0422-××-×××× )		
調査時配慮すること	◆◆事前に調査員に伝えておきたいこと等があれば記入してください。◆◆ 「本人には病名を知らせていない」等、何かあれば具体的に記入してください。		

いずれかにチェック

いずれかにチェックをつけ、内容をご記入ください

不明の場合は空欄で結構です。

いずれかにチェック

わかる範囲で結構ですので今後の予定を記入してください。※退院予定は「〇週間後」等でも結構です。

いずれかにチェック

平日午前9時～午後4時に連絡のつく電話番号を記入してください。

## <事務処理欄>

申請者	申請日	受付	加配員	他機関への連絡	在宅同行	希望日時	認定調査員
本大							
家族(ケアマネ)	認定調査の所要時間は約1時間です。 ご本人からの聞き取りだけでは現状・生活の様子が十分に把握できない場合等には、ご家族等の立会いをお願いしています。(場合により、別室等でお話を伺うこともあります。) 施設入所中・入院中の場合には、ご家族等の立会いの有無にかかわらず、施設・病院職員からも日頃の生活状況等について聞き取りを行います。						
	郵送						



**記入例**

# 認定調査連絡票

更新用

下記にご記入の上、申請書と一緒に提出ください。

被保険者 (本人)	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇
	氏名	〇〇 〇〇
<input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地) <input checked="" type="checkbox"/> 入院(所) 名称 ( ◆◆病院 ) 病棟 ( 〇号室 ) 所在地 ( 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 ) 電話番号 ( 0422-××-××××× ) ※入院の場合は、簡単な状況(疾病名や経過など)をご記入下さい <b>脳梗塞になり、〇年〇月から入院している</b> ※退院(所)の予定 <b>あり</b> 〇 月 <input type="checkbox"/> その他(ご家族の家に居る場合等) (名称・ご家族等の氏名 ) (住所 ) (電話番号 )	<input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地) <input checked="" type="checkbox"/> 入院(所) 名称 ( ◆◆病院 ) 病棟 ( 〇号室 ) 所在地 ( 武蔵野市△△町〇-〇〇-〇〇 ) 電話番号 ( 0422-××-××××× ) ※入院の場合は、簡単な状況(疾病名や経過など)をご記入下さい <b>脳梗塞になり、〇年〇月から入院している</b> ※退院(所)の予定 <b>あり</b> 〇 月 <input type="checkbox"/> その他(ご家族の家に居る場合等) (名称・ご家族等の氏名 ) (住所 ) (電話番号 )	

いずれかに  
チェック

現在の生活場所  
(いずれかに)

入院している理由を  
分かる範囲で記入し  
てください

## ●調査時にご家族等の立会いは希望されますか。

(調査は月～金曜日の午前9時～午後4時の間で実施します。)

- 希望しない
- 希望する **立会いされる方**

いずれかに  
チェック

フリガナ 〇〇〇〇 △△△△  
 氏名 ( 〇〇 △△ )  
 続柄 ( 夫 )  
 日中の連絡先 (電話番号) ( 090-××××-×××× )

平日午前9時～午後4時  
に連絡のつく電話番号を  
記入してください。

## ●その他調査時に留意してほしいこと等がありましたらご記入下さい。

例: 本人耳が遠いので大きな声で話して欲しい 等

「本人には病名を知らせていない」等、何かあれば具体的に記入してください。

認定調査の所要時間は約1時間です。  
 ご本人からの聞き取りだけでは現状・生活の様子が十分に把握できない場合等には、ご家族等の立会いをお願いしています。  
 (場合により、別室等でお話を伺うこともあります。)  
 施設入所中・入院中の場合には、ご家族等の立会いの有無にかかわらず、施設・病院職員からも日頃の生活状況等について聞き取りを行います。

## 介護保険（要介護認定・要支援認定）申請取下げ書

武蔵野市長 殿

申請を次のとおり取下げます。

申請者が本人でない場合ここから記入

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

被保険者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒 _____ 電話番号 _____									
	申請日		年	月	日	取下げ日		年	月	日	
	取下げ理由										

提出代行の場合

提出代行者	名称	該当に○（居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院） _____ （担当者名 _____）									
	住所	〒 _____ 電話番号 _____									

高齢者支援課記入欄

				担当確認欄		收受印
受付場所	收受方法	入力日	入力担当者	意見書		
高齢者支援課 その他 (      )	郵便			調査員		
	窓口	委任状收受		保険証		
	その他			高齢者支援課受領日		

# 介護保険（要介護認定・要支援認定）申請取下げ書

武蔵野市長 殿

申請を次のとおり取下げます。

申請者が本人でない場合ここから記入

申請者	氏名		本人との関係
	住所	電話番号	

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0									
	フリガナ	○○○○ ○○○○									
	氏名	○○ ○○									
	住所	〒180-○○○○ 武蔵野市□□町○-○○-○○ 電話番号									
	申請日	○年○月○日				取下げ日			○年○月○日		
	取下げ理由	介護サービス利用の予定がなくなったため。 状態が回復したため。 など									

申請代行の場合は  
事業所担当者氏名  
の記入をお願いします。

提出代行の場合

提出代行者	名称	<small>該当に○（居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介</small> <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">○○居宅介護支援事業所</div> <small>（担当者名）</small>									
	住所	電話番号									

高齢者支援課記入欄

				担当確認欄		收受印
受付場所	收受方法	入力日	入力担当者	意見書		
高齢者支援課	郵便			調査員		
その他	窓口	委任状收受		保険証		
( )	その他			高齢者支援課受領日		

NO. 2	帳票名:総合事業関連帳票(基本チェックリスト、支援計画表(ケアプラン))
担当:相談支援係	関連ページ: p.36

## 1 概要

### 【基本チェックリスト（お元気アンケート）】

#### (1) 概要

生活状況に関する簡易なアンケートで、一定数以上の項目に該当した場合に「総合事業対象者」として確認されます。要介護・要支援認定の実施時に本人が認定調査員と相談しながら記入します。認定が非該当になったときに基本チェックリストの項目に該当していれば「総合事業対象者」として確認されます。更新申請の場合、認定調査を受けずに、基本チェックリストのみを実施することで総合事業を利用することも可能です。

#### (2) 対象者

総合事業のサービス（訪問型サービス、通所型サービス）のみの利用を希望する第1号被保険者。

※総合事業以外のサービス（介護予防福祉用具貸与等）を利用する場合は、要介護・要支援認定を受ける必要があります。

### 【総合事業・介護予防サービス・支援計画表（武蔵野市独自様式）】

#### (1) 概要

従来の介護予防サービス・支援計画書を武蔵野市独自に改編した様式で、要支援者または総合事業対象者が総合事業のサービス（訪問型サービス、通所型サービス）のみを利用する場合にケアマネジャー等が作成します。セルフマネジメントを推進する観点から本人記入欄を設けています。

#### (2) 対象者

総合事業の訪問型サービス、通所型サービスのみを利用する者。

※総合事業以外のサービス（介護予防福祉用具貸与等）を利用する場合は、従来の介護予防サービス・支援計画書を作成する必要があります。

## 2 備考

記入年月日	令和	年	月	日	氏名	
生年月日	M・T・S	年	月	日	住所	

基本チェックリスト（お元気アンケート）		質問項目		回答（いずれかに○をつけて下さい） 身長・体重は数字を記入してください		集計
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ			
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ			
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ			
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ			
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ			
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ			
9	この1年間に転んだことはありますか	いいえ	はい			
10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい			
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい			
12	身長・体重を記入してください 身長 cm 体重 kg *体重( )Kg÷身長( )m÷身長( )mが18.5未満					
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい			
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい			
15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい			
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ			
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい			
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	いいえ	はい			
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ			
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい	(1/3)	(10/20)	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい			
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい			
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	いいえ	はい			
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい			
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい			
26	お一人暮らしですか	いいえ	はい			
27	生活のお手伝いをしてくれる人はいますか	はい	いいえ			
28	ホームドクター(かかりつけ医)はいらっしゃいますか	はい	いいえ			
29	緊急の時(災害または、病で倒れた時など)に手助けしてくれる家族や親戚、知人等がいますか	はい	いいえ			
30	普段の活動内容について伺います。就労していたり、参加している事業がありましたら、○をしてください(複数回答可)。 1. 就労している 2. 地域の運動(不老体操、地域健康クラブ、総合体育館での運動など) 3. 地域の活動(テンミリオnhaus、いきいきサロン、老人クラブ、コミセン活動など) 4. スポーツクラブ 5. その他( )					

No.

総合事業・介護予防サービス・支援計画表  
様

利用者名

計画作成(変更)日

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

【お元気アンケート結果】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況について	いづれかに○を付けて下さい	集計	ご本人 氏名	できるよくなるとうまいこと、目標、そのための取り組みなど	12か月後(評価日)	集計
<b>運動・移動について</b>					(年 月 日)	
1 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	はい	いいえ			1  はい  いいえ	
2 屋外を安全に歩くことができますか	はい	いいえ			2  はい  いいえ	
3 15分くらい続けて歩けますか	はい	いいえ			3  はい  いいえ	
4 階段などの段差を何もつかまらずのぼれますか	はい	いいえ			4  はい  いいえ	
5 交通機関を利用して出かけていますか	はい	いいえ			5  はい  いいえ	/5
<b>日常生活(家庭生活)について</b>						
6 食事の用意は自分でしていますか	はい	いいえ		担当:	6  はい  いいえ	
7 洗濯を自分でしていますか	はい	いいえ			7  はい  いいえ	
8 整理整頓や掃除を自分でしていますか	はい	いいえ			8  はい  いいえ	
9 日用品の買い物を自分でしていますか	はい	いいえ		担当:	9  はい  いいえ	
10 預貯金の出し入れや支払いを自分でしていますか	はい	いいえ			10  はい  いいえ	/5
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b>						
11 1週間に1回以上外出していますか	はい	いいえ			11  はい  いいえ	
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか	はい	いいえ			12  はい  いいえ	
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか	はい	いいえ			13  はい  いいえ	
14 地域活動で何か参加していることはありますか	はい	いいえ			14  はい  いいえ	
15 テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	はい	いいえ			15  はい  いいえ	/5
<b>健康管理について</b>						
16 健康であると思いますか	はい	いいえ		担当:	16  はい  いいえ	
17 定期的を受診していますか	はい	いいえ			17  はい  いいえ	
18 トイレの失敗はありませんか	はい	いいえ			18  はい  いいえ	
19 夜はよく眠れますか	はい	いいえ			19  はい  いいえ	
20 もの忘れが気になりますか	はい	いいえ			20  はい  いいえ	/5
<b>その他の事項について</b>						
21		計				計
		/20	21			/20

【緊急連絡先】 氏名 (続柄) 電話番号

【主治医】 氏名 電話番号 医師 医療機関名

年 月 日 氏名

【ご本人記入欄】総合事業・介護予防サービス・支援計画について、同意します。



総合事業・介護予防サービス・支援計画表  
様

利用者名

計画作成(変更)日

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

主治医意見書だけでなく、主治医と連携し、本人の目標達成に向けての  
意見や助言、注意事項など聞き取ったことを記載します。

【お元気アンケート結果】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況について	いづれかに○を付けて下さい	集計	ご本人 氏名	12か月後 (評価日)	集計
<b>運動・移動について</b>				(年 月 日)	
1 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	はい	はい	ご本人 氏名  できれば本人自身に記載してもらおうと良いでしょう。歩けるようになったらどうしたいのか?もう少し良くなったら何をしてみたいか?その人らしい生活が見えるような目標の設定にできるよう支援します。	1 はい	/5
2 屋外を安全に歩くことができますか	はい	はい		2 はい	
3 15分くらい続けて歩けますか	はい	はい		3 はい	
4 階段などの段差を何もつかまらずのぼれますか	はい	はい		4 はい	
5 交通機関を利用し出かけていますか	はい	はい		5 はい	
<b>日常生活(家庭生活)について</b>			サービス提供事業所 事業所名: 担当:		
6 食事の用意は自分でしていますか	はい	はい	本人の目標達成に向けて、サービス提供事業者として、どのような支援を行うのかといった専門的な見地からの意見を記載します。事業所名と担当者の名前も記載します。	6 はい	/5
7 洗濯を自分でしていますか	はい	はい		7 はい	
8 整理整頓や掃除を自分でしていますか	はい	はい		8 はい	
9 日用品の買い物	はい	はい		9 はい	
10 預貯金の出入	はい	はい		10 はい	
<b>社会参加、対人関係</b>			ケアマネジャー 事業所名: 担当:		
11 1週間に1回以上	はい	はい	本人がどのような暮らしぶりを望むのか、サービスを利用し12か月後にはその目標が達成できるような本人が意欲的に取り組めるように、本人を支援するチームのまとめとして記載します。	11 はい	/5
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか	はい	はい		12 はい	
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか	はい	はい		13 はい	
14 地域活動で何か参加していることはありますか	はい	はい		14 はい	
15 テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	はい	はい		15 はい	
<b>健康管理について</b>					
16 健康であると思えますか	はい	はい	上記20項目以外で特記すべき内容について記載します。何もなければ記載なしでもかまいません。本人の主観的健康観の記載でもかまいません。	16 はい	/5
17 定期的	はい	はい		17 はい	
18 トイレの	はい	はい		18 はい	
19 夜はよく	はい	はい		19 はい	
20 もの忘れ	はい	はい		20 はい	
<b>その他の事項について</b>					
21		計			/20

【緊急連絡先】 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

【主治医】 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

【ご本人記入欄】総合事業・介護予防サービス・支援計画について、同意します。

年 月 日

NO. 3	帳票名: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、 (看護)小規模多機能型居宅介護サービス計画作成依頼(変更)届出書
担当:介護保険係 給付担当	関連ページ: p.28

## 1 概要

### (1)概要

各被保険者が「いつ」「どこの」居宅介護支援事業所と契約したのかを、市（保険者）に届け出るものです。

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼する事業者が決まった場合、または事業者を変更する場合に、市に提出する必要があります。

被保険者・居宅介護支援事業所によって、次のとおり届出書の様式が異なります。

- ① 要介護認定をお持ちの方  
⇒「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」
- ② 要支援認定をお持ちの方、または総合事業の事業対象者の方  
⇒「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」
- ③ （看護）小規模多機能型居宅介護事業所等にケアプラン作成を依頼された方  
⇒「（看護）小規模多機能型居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書」

### (2)対象者

訪問介護、通所介護等、居宅での介護（介護予防）サービス、総合事業を利用する方

### (3)提出期限

提出期限は、毎月最終開庁日までとなります。

提出日の翌月から、国保連（東京都国民健康保険団体連合会）への請求が可能になります。

したがって、サービス利用月の最終開庁日までに届出書の提出がない場合、翌月の居宅介護支援費の請求と各サービス事業者の請求はともに返戻となるため、ご注意ください。

### (4) 收受日

届出書の收受日（提出日）は、届出書が高齢者支援課に到着した日（※）です。

被保険者証に印字される届出年月日には、この收受日が打出されます。

※高齢者支援課に到着した日とは次のとおりです。

- ① 高齢者支援課窓口が届出があった日
- ② 郵便物が高齢者支援課に届いた日
- ③ 交換便が高齢者支援課に届いた日

### (5)提出先

高齢者支援課 介護保険係

## 2 備考

### (1)注意点

#### <サービス開始年月日>

サービス開始年月日を必ず記入してください。

記入した日付以降のサービス提供分について、国保連への請求が可能になります。

#### <新規の届出>

サービス開始月の最終開庁日までに高齢者支援課に提出してください。

提出が翌月に遅れた場合、サービス開始月分の国保連への請求は翌々月（ひと月遅れ）から可能になります。

#### <変更の届出>

① サービス開始年月日は、変更前の事業所に確認した上でご記入ください。

サービス開始年月日が、変更日として登録されます。

したがって、サービス開始年月日（変更日）の属する月は、変更後の事業者の給付管理票のみ受け付けることが可能になります。

② サービス開始年月日（変更日）の月の最終開庁日までに提出してください。

提出が翌月に遅れた場合、変更月分の国保連への請求は翌々月（ひと月遅れ）から可能になります。

#### <被保険者証>

① 届出の際には、被保険者証を添付してください。

被保険者証が何枚も手元にあると間違いの元になります。

あらかじめ紛失したことが判明している場合は、その旨を届出書の余白に書き添えてください。

やむを得ず添付できない場合は、添付がなくても申請を受け付けます。

② 要介護・要支援認定申請中の場合は、認定結果が出るのを待って、結果に合わせた様式を使用して提出してください。

やむを得ず、要介護認定申請中に届出があった場合は、保険者で認定結果が出るまで保留し、認定結果通知と一緒に被保険者証を発送します。

介護保険被保険者証を  
添付してください

## 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

										区 分				
										新規・変更				
フリガナ				個人番号										
被保険者氏名				被保険者番号										
				生年月日										
				明・大・昭		年		月		日				
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業所の名称・所在地・電話番号														
										事業所番号				
電話 ( )														
サービス開始年月日				令和		年		月		日 ~				
事業所を変更する場合の事由				※事業所を変更する場合のみ記入してください。										
<p>武蔵野市長 殿</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>被保険者住所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( )</p> <p>被保険者氏名 _____</p>														

居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、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、主治医意見書、及び利用者負担割合を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに武蔵野市へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、必ず武蔵野市に届け出してください。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。

連絡欄(事業所⇒保険者、介護認定係⇒担当者)

### 保険者確認欄

備考	届出の重複		有・無		收受印	給付担当
	被 保 険 者 証 処 理 欄	回収	済	(窓・郵)・未		
		交付	済	(窓・郵)・未		
令和 年 月 日申請中・結果済	訂正	その他 ( )			受付者	

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者印
------	--	------	---	------



介護保険被保険者証を添付してください

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

<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成届出書		区 分	
<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント届出書		新規・変更	
フリガナ	個人番号		
被保険者氏名	被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
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又は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の名称・所在地・事業所番号			
武蔵野市地域包括支援センター		1303300048	
武蔵野市緑町2-2-28 武蔵野市役所内			
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事業者の名称・所在地・電話番号(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)			
事業所番号			
電話 ( )			
サービス開始年月日	令和 年 月 日	～	
事業所を変更する場合の事由	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
武蔵野市長 殿			
上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター等)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出します。			
令和 年 月 日			
被保険者住所	電話番号 ( )		
被保険者氏名			
介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援等の提供にあたり、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、主治医意見書、及び利用者負担割合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。			
令和 年 月 日 氏名			

(注意) 1 この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに武蔵野市へ提出してください。  
 2 介護予防サービス計画の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(地域包括支援センター等)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、必ず武蔵野市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。

連絡欄(事業所⇒市、介護認定係⇒担当者)

市確認欄

地域包括支援センター確認欄

備考	届出の重複	有・無	收受印	給付担当
	被保険者証	回収済(窓・郵)・未 交付済(窓・郵)・未 訂正 その他( )		
令和 年 月 日申請中・結果済				確認者印
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	

介護保険被保険者証を  
添付してください

## 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

<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成届出書	区 分
<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント届出書	新規・変更
フリガナ	個人番号
被保険者氏名	被保険者番号
	生年月日 明・大・昭 年 月 日
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又は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の名称・所在地・事業所番号	
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事業者の名称・所在地・電話番号(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)	
電話 ( )	事業所番号
サービス開始年月日	令和 年 月 日 ~
事業所を変更する場合の事由	※事業所を変更する場合のみ記入してください。
<p>武蔵野市長 殿</p> <p>上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター等)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出します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>被保険者住所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( ) _____</p> <p>被保険者氏名 _____</p>	
<p>介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援等の提供にあたり、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、主治医意見書、及び利用者負担割合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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 氏名 _____</p>	

- (注意) 1 この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに武蔵野市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の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(地域包括支援センター等)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、必ず武蔵野市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。

連絡欄(事業所⇒市、介護認定係⇒担当者)

市確認欄

地域包括支援センター確認欄

備考	届出の重複	有・無	收受印	給付担当
	被保険者証 処理欄	回収済(窓・郵)・未 交付済(窓・郵)・未 訂正 其他( )		受付者
令和 年 月 日申請中・結果済				
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者印

介護保険被保険者証を添付してください

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

個人番号が分かる方はご記入ください。未記入の場合は市で確認します。個人番号を記入された方は下に記載の書類(※)を添付してください。

介護予防サービス計画作成届出書										区分		
介護予防ケアマネジメント届出書										新規・変更		
個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生年月日												
明・大・昭												
4 年 5 月 6 日												

被保険者氏名

○ ○ □ □

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又は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の名称・所在地・事業所番号

**武蔵野市地域包括支援センター** **1303300048**  
武蔵野市緑町2-2-28 武蔵野市役所内

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事業者の名称・所在地・電話番号(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)

**武蔵野指定居宅介護支援事業所**  
〒180-1234 武蔵野市○○町1-2-3

電話 0422 (○○) ○○○○

1 3 1 5 / 0 0 0 1

必ずご記入ください。

サービス開始年月日 令和 △ 年 6 月 1 日 ~

事業所を変更する場合の事由 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。

武蔵野市長 殿

上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター等)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出します。

日付けは、利用者契約日。 令和 年 月 日

被保険者住所 **武蔵野市○○町3-4-5** 電話番号 0422 (○○) ○○○○

被保険者氏名 ○ ○ □ □

介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成者(地域包括支援センター等)が介護認定に係る介護予防支援等の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書等に基づき、必要に応じて、介護認定審査会に必要範囲で提示することに同意します。

被保険者氏名は家族の代筆可 ※代筆者の氏名は不要 ※事業者の代筆は不可

日付けは、利用者契約日。 令和 △ 年 5 月 15 日 氏名 ○ ○ □ □

- (注意) 1 この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに武蔵野市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の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(地域包括支援センター等)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、必ず武蔵野市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。

※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください。

〈番号確認のため〉  
①個人番号カード、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの1点

〈本人確認のため〉  
②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点  
又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点

(個人番号カードは①②の両方を満たします。「個人番号カード」の(表)(裏)両面の写しを添付してください。)

介護保険被保険者証を  
添付してください

小規模多機能型居宅介護サービス計画作成依頼(変更)届出書  
看護小規模多機能型居宅介護サービス計画作成依頼(変更)届出書

		区 分 新規・変更	
フリガナ	個人番号		
被保険者氏名	被保険者番号		
	生年月日		
	明・大・昭	年	月 日
サービス計画作成を依頼(変更)する事業所の名称・所在地・電話番号			
電話 ( )		事業所番号	
サービス開始年月日	令和	年	月 日 ~
事業所を変更する場合の事由	※事業所を変更する場合のみ記入してください。		
小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無			
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり(利用したサービス: ) <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
武蔵野市長 殿 上記の小規模多機能型居宅介護事業者等にサービス計画作成を依頼することを届出します。 令和 年 月 日 被保険者住所 _____ 電話番号 ( ) 被保険者氏名 _____			

居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、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、主治医意見書、及び利用者負担割合を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。  
令和 年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに武蔵野市へ提出してください。  
2 サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、必ず武蔵野市に届け出してください。  
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。

連絡欄(事業所⇒保険者、介護認定係⇒担当者)

保険者確認欄

備考	届出の重複		有・無	收受印	給付担当
	被保険者証 処理欄	回収	済(窓・郵)・未		
令和 年 月 日申請中・結果済		交付	済(窓・郵)・未	訂正 其他( )	受付者
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( )	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者印	

介護保険被保険者証を添付してください

# 小規模多機能型居宅介護サービス計画作成依頼(変更)届出書 看護小規模多機能型居宅介護サービス計画作成依頼(変更)届出書

個人番号が分かる方はご記入ください。未記入の場合は市で確認します。  
個人番号を記入された方は下に記載の書類(※)を添付してください。

										区 分								
										新規	変更							
個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
生年月日	明・大・昭																	
	3			年			4			月			5			日		
サービス計画作成を依頼(変更)する事業所の名称・所在地・電話番号																		
武蔵野指定居宅介護支援事業所																		
〒180-1234 武蔵野市〇〇町1-2-3																		
事業所番号																		
1 3 7 3 3 0 0 0 0 1																		
電話 0422 (〇〇)〇〇〇〇																		
サービス開始年月日 令和 △年 6月 1日 ~																		
事業所を変更する場合の事由 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。																		
必ずご記入ください。																		
小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無																		
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり(利用したサービス: 訪問介護・通所介護)																		
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし																		
いずれかにチェックをいれてください																		
武蔵野市長 殿																		
上記の小規模多機能型居宅介護事業者等にサービス計画作成を依頼することを届出します。																		
日付けは、利用者契約日。 令和 △年 5月 15日																		
被保険者住所 武蔵野市〇〇町2-3-4																		
電話番号 0422 (〇〇)〇〇〇〇																		
被保険者氏名 〇〇 □□																		
被保険者氏名は家族の代筆可 ※代筆者の氏名は不要 ※事業者の代筆は不可																		
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護事業者の状況を把握する必要がある時は、要介護審査会による判定結果・意見、主治医意見書、及び利用範囲で提示することに同意します。																		
日付けは、利用者契約日。 令和 △年 5月 15日 氏名 〇〇 □□																		

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、サービス計画作成を依頼する事業所が決まり、代筆者(※)に武蔵野市へ提出してください。

※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください。

〈番号確認のため〉

①個人番号カード、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの1点

〈本人確認のため〉

②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点

又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点

(個人番号カードは①②の両方を満たします。「個人番号カード」の(表)(裏)両面の写しを添付してください。)

NO. 4	帳票名:介護保険認定情報提供依頼書
担当:介護保険係 介護サービス担当	関連ページ: p.28

## 1 概要

### (1)概要

ケアプラン作成のため、基本調査結果および主治医意見書が必要になった場合、以下の手順により情報提供依頼をすることができます。

### (2)手順

① 依頼書に記入してください。

\*依頼者はケアマネジャーになります。住所、電話番号は居宅介護支援事業所のものです。

\*対象の認定情報は、いずれかにあたるか記入してください。

② 介護保険認定情報提供依頼書（第1号様式）の同意欄は、武蔵野市の被保険者として初めてケアプランを作る利用者のみ署名が必要です。署名をもらう場合、利用者本人（要介護・要支援認定を受けた方）が記入する必要があるため、ケアマネジャーの代筆による申請は受け付けておりません。家族による代筆の場合は、代筆者の氏名・続柄を記載してください。

③ 返信用の封筒の宛名に、居宅介護支援事業者の住所と介護支援専門員の名前を明記し切手を貼ってください。情報提供はすべて郵送で行います。

■切手代の目安（令和7年3月1日時点）

【長形3号封筒（120mm×235mm）】

件数	料金	重さ
1～3	110円	50g以内
4～7	180円	100g以内
8件以上は 角形2号封筒へ		

【角形2号封筒（240mm×332mm）】

件数	料金	重さ
1～2	140円	50g以内
3～6	180円	100g以内
7～10	270円	150g以内
11～17	320円	250g以内
18件以上は別封筒へ		

※郵便料金の改定により、必要な額が変更になる場合があります。

④ ①介護保険認定情報提供依頼書と③返信用封筒をセットにして、市役所1階高齢者支援課の窓口で提出してください。郵送可。※在宅介護・地域包括支援センターでは受け付けません。

⑤ 情報提供を受けたものは、武蔵野市個人情報保護条例第13条の2第4項により、以下に掲げる事項を遵守してください。

[1] 秘密保持の義務 [2] 依頼理由以外の利用の禁止 [3] 第三者への提供の禁止

[4] 複写又は複製の禁止 [5] 利用期間終了後の返還義務または廃棄義務

[6] 事故発生時における報告義務 [7] その他個人情報の保護に関し実施機関が必要と定める事項

## 2 備考

### (1)注意点

- ・ 予防給付の該当者（要支援1・要支援2）の場合には、地域包括支援センターより情報提供しますので、地域包括支援センターにお問い合わせください。
- ・ 40才～64才までの生活保護受給者の場合には、生活福祉課より情報提供しますので、生活福祉課の担当ケースワーカーにお問い合わせください。
- ・ 主治医意見書については、情報提供できない場合があります。
- ・ 転入継続の方の情報提供依頼・・・武蔵野市では改めて審査を行わず、前住所地での認定結果を引き継ぐため、提供する資料がありません。直接転入前の住所地の市町村にお問い合わせください。

## 介護保険認定情報提供依頼書

年 月 日

武蔵野市長 殿

事業者名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

依頼者 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

介護支援専門員登録証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険法に基づくサービスを円滑に実施するため、下記の者に対する介護保険認定情報が必要ですので提供を依頼します。

対 象 者 住 所	武蔵野市																		
対 象 者 氏 名																			
対 象 者 生 年 月 日 被 保 険 者 番 号	年	月	日																
対 象 情 報	<input type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日付け																		
	介護保険要介護認定・要支援認定等に係る <input type="checkbox"/> 基本調査結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書																		
依 頼 理 由	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> その他 ( )																		
武蔵野市の被保険者としての介護サービス計画の作成回数	<input type="checkbox"/> 1回目 ※本人同意書への署名が必要になります。 <input type="checkbox"/> 2回目以降																		
備 考																			

### 本人同意書

武蔵野市の被保険者として  
初めてケアプランを作る利用者のみ

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、主治医意見書、及び利用者負担割合を武蔵野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。

氏 名 \_\_\_\_\_

■市記入欄

<input type="checkbox"/> 本同意書	<input type="checkbox"/> 認定台帳情報開示	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼届出書
-------------------------------	-----------------------------------	--



NO. 5	帳票名:介護保険被保険者証等交付(再交付)申請書
担当:介護保険係	関連ページ: p.27

## 1 概要

### (1)概要

介護保険被保険者証、資格者証、受給資格証明書、負担限度額認定証、負担割合証等を紛失・焼失等したときに、再発行等の手続きをするための申請書となります。

### (2)対象者

本人、家族、ケアマネジャー等

### (3)提出期限

随時

### (4)提出先

高齢者支援課 介護保険係、各市政センター

## 2 備考

再発行した各証については、被保険者宛（事前に送付先変更の届出がされている場合は送付先宛て）に郵送します。原則、手渡しでの交付はしていません。

# 介護保険 被保険者証等交付(再交付)申請書

武蔵野市長 殿

次のとおり申請します。

※太線の枠内をお書きください。

		申請年月日	年 月 日							
被 保 険 者	フリガナ	個人番号								
	氏 名	被 保 険 者 番 号	0	0	0	0				
		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日							
		性 別	男・女							
住 所	〒 電話番号									

(再)交付する 証明書	1 被保険者証	4 その他	申請の理由	1 紛失・焼失	4 その他
	2 資格者証	( )		2 破損・汚損	( )
	3 負担割合証	( )		3 未着	( )

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 加 入 状 況	被保険者証記号番号		被保険者 (世帯主)氏名	
	介護保険被保険者の 医療保険資格取得日		本人(介護保険 被保険者)との関係	
	保険者番号		保険者名	

申請者が本人以外の場合のみ記入

申請者氏名	(フリガナ)	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

〈事務局処理欄〉

番 号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	身 元 確 認	1 点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	2 点	<input type="checkbox"/> 介護保険証	確 認 者 印
	<input type="checkbox"/> 住民票			<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 医療保険証	
	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 障害者手帳		<input type="checkbox"/> 年金手帳	
	( )			<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他	
備考							収 受 印
受付		保険証交付	窓口・郵送	処理日			

書き方見本

介護保険 被保険者証等交付(再交付)申請書

武蔵野市長 殿  
次のとおり申請します。

被保険者番号が分からない場合は空欄でかまいません。

※太線の枠内をお書きください。

申請年月日		年 月 日	
フリガナ	○○ △△	個人番号	
被保険者	氏名 ○○ △△	被保険者番号	0 0 0 0
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男・女
住所	〒180-0012 武蔵野市緑町2-2-28		電話番号 0422-60-1845
必要な書類等の番号に○をつけてください		必要となる理由の番号に○をつけてください	
(再)交付する証明書の番号	①被保険者証 ②資格者証 ③負担割合証 ④その他	申請の理由	①紛失・焼失 ②破損・汚損 ③未着 ④その他

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険加入状況	被保険者証記号番号		被保険者(世帯主)氏名	
	介護保険被保険者の医療保険資格取得日		本人(介護保険被保険者)との関係	医療保険被保険者と介護保険被保険者との関係を書いてください。
	保険者番号		保険者名	

申請者が本人以外の場合のみ記入

申請者氏名	(フリガナ) ○○ □□ ○○ □□	本人との関係	長女
申請者住所	〒180-0012 武蔵野市緑町2-2-28		電話番号 0422-60-1845

〈事務員加処理欄〉

※郵送の場合、個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください。

〈番号確認のため〉

①個人番号カード、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの1点

〈身元確認のため〉

②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点

又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点

(個人番号カードは①②の両方を満たします。「個人番号カード」の(表)(裏)両面の写しを添付してください。)

NO. 6	帳票名:介護情報提供書、ケアマネジャーから主治医へのファクス送付書
担当:介護保険係 介護サービス担当	関連ページ: p.28

## 1 概要

### (1)目的

サービス提供開始時やケアプランの作成・修正が必要な場合などは、本来、サービス担当者会議を開催し、利用者・家族の意見・要望や基礎的な情報、サービス提供の目的や内容などについて関係者が情報を共有化し、連携を図ることが望まれます。関係者の都合上、全員が揃わないことがありますが、その場合でも利用者に関する情報の共有化を図るため、「介護情報提供書」や「主治医へのファクス送付書」を使用し円滑なサービス提供ができるよう努めてください。

### (2)「介護情報提供書(事業者連携版)」の活用例

- ①ケアマネジャーからサービス事業者へサービス提供を依頼する時（サービス事業者が独自で定めるサービス提供申込書等がある場合はそれを活用する）
- ②サービス提供開始後の変更やケアマネジャーとサービス事業者間双方が情報を共有すべき連絡事項（介護情報提供書のような基本情報は必要なく、FAX送付票のようなフリースペースがある形式でも構いません）

## 2 備考

### (1)注意点

情報の内容によってはFAXでの情報交換になじまないものもありますが、「現存する利用可能な情報提供様式」については、可能な限り既成の様式を活用して連携を強化するようお願いします。

#### ◆ケアマネジャーからサービス事業者へサービス提供を依頼する時

- ・居宅サービス計画書（第1表、第2表、第3表）
- ・サービス事業者が独自で定めるサービス提供申込書等

#### ◆サービス提供開始後の変更や連絡事項

- ・サービス提供票
- ・居宅サービス計画書（修正・変更した第1表、第2表、第3表）

〈参考〉

#### ◆「現存する利用可能な情報提供様式」に含まれるもの

- ・他のサービスの種類、提供曜日（→居宅サービス計画書 第2・3表、サービス提供票）
- ・依頼するサービスの目標、開始日、曜日、時間帯、サービス類型（→居宅サービス計画書 第1・2・3表、サービス提供票）
- ・同居家族の有無、家族関係（→居宅サービス計画書 第1表）
- ・サービス時の家族の有無（→居宅サービス計画書 第1表）

#### ◆FAXでの情報交換になじまないと思われるもの

生活保護の受給の有無、本人に告知されていない疾病名

# 介護情報提供書

情報提供先名称 \_\_\_\_\_ 様  
 〒 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 事業者名 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 管理者名 \_\_\_\_\_

以下の利用者に関する情報を提供致します。

氏 名	_____ 様	性別 ( 男 ・ 女 )	_____
生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 才)		
住 所	武蔵野市 _____	TEL:	_____

介護保険被保険者番号				_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
認定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	要介護度	_____	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5					
認定の有効期限	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日									
サービスの指定	有・無 _____	種 類	_____							

## 居宅サービス利用状況

訪問介護	有・無 _____	回/週 _____	訪問入浴	有・無 _____	回/週 _____
訪問看護	有・無 _____	回/週 _____	訪問リハ	有・無 _____	回/週 _____
通所介護	有・無 _____	回/週 _____	通所リハ	有・無 _____	回/週 _____
短期入所	有・無 _____	日/月 _____	福祉用具貸与	有・無 _____	品目 _____
特定施設入居者生活介護	有・無 _____	日/月 _____	その他		

## その他特記すべき事項

ケアプラン作成上留意すべき事項、または必要な情報があれば、下記の担当ケアマネジャーに助言もしくは情報提供をお願い致します。

担当ケアマネジャー	_____	TEL	_____	FAX	_____
	メールアドレス	_____	_____	_____	_____

# F A X 送 付 書

ケアマネジャー → 主治医

年 月 日

送付先 : \_\_\_\_\_ 様

件 名 : 「介護情報提供書」について (送付)

主治医 各位

この「介護情報提供書」は、ケアマネジャーが主治医に対する情報提供と、その後の連携を取りやすくすることを目的に、武蔵野市が独自の書式として作成いたしました。

利用者に対し双方が共通の認識をもち、連携を取る必要があるため、本市のケアマネジャーは FAX を利用し情報提供致しますので、必要な情報提供や助言をお願いいたします。

書式についてのお問合せ：武蔵野市 高齢者支援課 介護サービス担当 0422-60-1925

発信者 :

電話 : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

メモ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

主治医 → ケアマネジャー

主治医ご回答欄 (情報提供等必要に応じてご活用ください。)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

送付枚数 : A4 枚 (送付状除く)

# 介護情報提供書（事業者連携版）

情報提供先

事業者名：.....

事業者番号：.....

TEL：..... FAX：.....

本人の同意を得て、以下の利用者に関する情報を提供致します。

氏名	様	性別（男・女）
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生（才）
住所	武蔵野市	TEL:
緊急連絡先	氏名	連絡先
		利用者との関係

介護保険 被保険者番号						要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
認定の有効期限	年 月 日 ~		年 月 日				
認定状況	確定済	申請中	1.新規申請 ( 年 月 日)	2.変更申請 ( 年 月 日)	3.更新申請		
主治医 医療機関名	Tel		主治医氏名				

## 居宅サービス利用状況

訪問介護	有・無	回/週	訪問入浴	有・無	回/週
訪問看護	有・無	回/週	訪問リハ	有・無	回/週
通所介護	有・無	回/週	通所リハ	有・無	回/週
短期入所	有・無	日/月	福祉用具貸与	有・無	品目
特定施設入居者生活介護	有・無	日/月	その他		

## サービス提供の際に留意すべき事項・連絡事項

担当ケアマネジャー名.....

添付資料 無 ・ 有 →居宅サービス計画書第1表・第2表・第3表・その他(.....)

NO. 7	帳票名:もの忘れ相談シート関連帳票 (もの忘れ相談シート1, 2、もの忘れ相談シート運用実績簿、表紙)
担当:相談支援係	関連ページ: p.69

## 1 概要

### (1)概要

もの忘れ相談シートは、《在宅 ⇄ 医療機関連絡シート【シート1～3】》と、《医療機関間連絡シート【シート4～6】》の2段階に分かれています。介護と医療の連携で関係する部分は、【シート1～3】で、うちケアマネジャーが作成に関係するのは【シート1～2】です（下記参照）。

【シート1】 「相談事前チェックシート」

家族またはケアマネジャーが記入。

【シート2】 「相談機関」→「医療機関」連絡シート

ケアマネジャーが記入。

#### <利用方法>

- ① 相談者へもの忘れ相談シートの利用について説明した後、【シート1】【シート2】に記入。可能であればコピーを取り、事業所で保管。原本は相談者を介して医療機関へ渡します。記入方法については、記入例をご参照ください。独居や、家族が遠方で連絡が困難な場合等でも、ケアマネジャーとして医療機関に情報提供が必要と判断したら、ケアマネジャーの判断で利用可能。
- ② 受診後、家族に了解が得られた上で、診察結果やアドバイス等が書かれた【シート3】がケアマネジャー宛に届きます。
- ③ 【シート1】【シート2】を利用したり、【シート3】が医療機関から届いたら、「もの忘れ相談シート運用実績簿」に記入し、担当まで報告をお願いします。

・上記は基本パターンで、どのシートから開始しても問題なく、必要に応じて使うシートを選択して差し支えありません。ケアマネジャー側から医療機関へシートを送る前に、医療機関から【シート3】が届く場合もあります。その時には、状況により【シート1】【シート2】を医療機関に送ってください。

・必要に応じて、表書として「認知症連携『もの忘れ相談シート』について（お願い）」をご利用ください。

・帳票類のファイルデータをご希望の方は、担当までご連絡ください。

### (2)対象者

認知症の方、もしくは認知症の疑いのある方で医療機関へ受診することが困難な方。

また、かかりつけ医やもの忘れ相談医、専門医療機関等の医療機関に在宅での様子を情報提供したり、診療結果や本人・家族への説明内容などを知りたい時など、医療機関と情報交換をしたいと思った時には、気軽にご活用ください。

### (3)問い合わせおよび運用実績簿提出先

高齢者支援課 相談支援係

もの忘れ相談シート  
相談事前チェックシート

【シート1】

(ご本人・ご家族記入)

記入年月日

年

月

日

ふりがな		生年月日	年齢	性別	記入者氏名 (本人との関係)	( )	
本人氏名		明・大・昭 年 月 日		男・女			
本人住所				本人連絡先		記入者連絡先	
本人が相談しやすい人 (氏名: ) 本人との関係( )							

(ご本人・ご家族または、相談機関が記入してください。)

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目のにチェックを入れてください。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞いたり話したりする   | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ               |
| <input type="checkbox"/> 約束を忘れる、間違える          | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う                    |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった         | <input type="checkbox"/> 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった      |
| <input type="checkbox"/> 料理、買物など家事をしなくなった     | <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった                   |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い            | <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしなない                 |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う        | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった                 |
| <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると訴える   | <input type="checkbox"/> はっきりしている時とボーっとしている時がある         |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある | <input type="checkbox"/> 体を動かしにくい、手足がふるえる、歩きづらといった症状がある |
| <input type="checkbox"/> その他                  |   |

その他 具体的な内容をお書きください

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年

月 頃

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って

へご相談ください。

(ご家族記入)

記入年月日 ○○年 △月 △日

ふりがな	マルマル カクカク	生年月日	年齢	性別	記入者氏名 (本人との関係)	○○ △△ ( 夫 )
本人氏名	○○ □□	明・大(昭) ○○年○○月○○日	○○	男・女		
本人住所	武蔵野市緑町	認知症のある人のACP (アドバンス・ケア・プランニング) として、本人の意思を支援者間でつなぐことが目的である。				
本人が相談しやすい人 (氏名: _____) 本人との関係( _____ )						

(ご家族または、相談機関が記入してください。)

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目の□にチェックを入れてください。

- 同じことを何回も聞いたり話したりする
- 約束を忘れる、間違える
- 身なりを気にしなくなった
- 料理、買物など家事をしなくなった
- 薬の飲み忘れが多い
- 大切なものを盗まれたと言う
- 見えないはずの物や人が見えると訴える
- 睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある
- その他
- 金銭管理ができなくなった
- もの忘れを認めようとしらない
- 些細なことで怒るようになった
- はっきりしている時とボーっとしている時がある

家族の立場で、普段の生活の中で気になっていたり、困っていることをご家族に記入していただく。家族での記入が難しい場合は、家族の話しを聴いて相談機関側が記入しても構わない。

自由記入欄に具体的な症状の内容を記入。エピソードをそのまま記入すると、普段の生活の様子が伝わりやすい。

その他 具体的な内容をお書きください

毎日買い物に行き、同じ食料品ばかり買ってくる。  
料理をほとんどしなくなり、惣菜を買ってくる事が増えた。  
やかんを火にかけてぱなしにして焦がし、それをクローゼットに隠していた。  
いつも探し物をしていて、夫の私が盗ったと疑う。

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じたとき  
○△ 年 ○ 月 頃

普段の生活の中で、本人が困っていることや、家族がどう対処したらよいか困っていること、気になっていることを具体的に記入。

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

期限の切れた食べ物が冷蔵庫に入っているのを片付けようとすると、「まだ食べられる」と言って怒る。腐った物を食べて体調を崩さないか心配。  
何度も同じ事を聞いてくるので、ついイライラしてしまい、口ゲンカになる。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って ○○クリニック へご相談ください。

もの忘れ相談シート  
『相談機関 → 医療機関』連絡シート

【シート2】

紹介医療機関名 主治医 様

(相談機関による記入)		記入年月日		年	月	日
受付 相談機関名		担当者		連絡先		
本人氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	本人 住所			
本人に代わって判断できる人 <input type="checkbox"/> いる (氏名: <span style="margin-left: 50px;">関係</span> ) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明						

**1. 介護保険サービスの利用について**

(1) 要介護認定  申請未・要支援 1・2  要介護 1・2・3・4・5  有効期間 年 月 日 まで

(2) 担当居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー 連絡先

(3) 現在利用サービス  無・有 (別添 ケアプラン1・2表・週間サービス計画表)

**2. 主治医について**

(1) 主治医の有無  無・有  医療機関名 主治医名

(2) 現在治療中および過去に罹患の疾病

診断名	いつから	治療状況	医療機関名
		内服・経過観察・外科手術	

(3) 認知症について過去の受診歴  無・有  医療機関名 担当医名

**3. 介護状況**

家族構成(関係図) 同居者を○で囲む

主たる介護者(関係など)

現在の住まい: 自宅・それ以外( )

**4. 接し方について困っていること(ケアの仕方について困っていること)**

項目についてにチェックを入れた後、詳細に記載

排泄 食事 入浴 睡眠 服薬 消費者被害 行動・心理症状(幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護への抵抗・徘徊・火の不始末・異食行動・性的問題行動・易怒性) その他 ( )

具体的内容

**5. 特記すべき事項(相談機関から医療機関へ依頼したいこと、など)**

専門医療機関との連携を希望する

専門的な検査を希望する

今回の相談内容ならびに診断結果を介護保険の主治医の意見書に反映させることを希望する

居宅介護支援事業所及び在宅介護・地域包括支援センターが行う支援に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、当該利用者に関する情報を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

年 月 日 本人又は家族の署名

\* 連携医療機関の医師・担当者の方へ…【シート3】に記入の上、情報提供をお願いします。

『相談機関 → 医療機関』連絡シート

紹介医療機関名 〇〇クリニック 〇〇先生 様

(相談機関による記入) 記入年月日 令和〇〇年△月△日

受付相談機関名	☆☆居宅介護支援事業所	担当者	☆☆ 〇〇	連絡先	〇〇-〇〇〇〇
本人氏名	〇〇 □□	生年月日	明・大(昭) 〇〇年〇〇月〇〇日	本人住所	武蔵野市緑町×-×-×

1. 介護保険サービスの利用について

(1) 要介護認定 申請未・総合事業対象者 (要支援1) 2 要介護1・2・3・4・5 有効期間 令和 年 月 日まで

(2) 担当居宅介護支援事業所

☆☆居宅介護支援事業所

すでに利用しているサービスがあれば、シートと一緒にケアプラン表等をつけると良い。

(3) 現在利用サービス 無・(有) (別添 ケアプラン1・2表 週間サービス計画表)

2. 主治医について

(1) 主治医の有無 無・(有) 医療機関名 〇〇クリニック 主治医名 〇〇 先生

(2) 現在治療中および過去に罹患の疾病

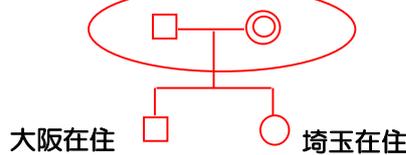
診断名	いつから	治療状況	医療機関名
高血圧	H21年頃	(内服)経過観察・外科手術	〇〇クリニック
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	

医療情報として、受診先や既往歴、現在の治療状況などを記入。

(3) 認知症について過去の受診歴 (無)・有 医療機関名 介護の状況や介護者の健康状態など、介護環境について記入。

3. 介護状況

家族構成(関係図) 同居者を○で囲む



主たる介護者(関係など)  
夫は心疾患で治療中。長女は週1回訪問し、身の回りの世話をする。長男は年末年始に帰省するのみ。何かあれば、長女から長男に連絡するようにしている。

4. 接し方について困っていること(ケアの仕事について□にチェックを入れた後、詳細)

□排泄 □食事 □入浴 □睡眠 □服薬 □消費  
への抵抗・徘徊・(火の不始末) 異食行動・性的問題

シート1と重複しているところは省略可。家族の様子で気になることなど、ケアマネジャーとして問題に感じたことを記入(家族が読んでも差し支えないよう注意)。

具体的内容

被害的で、何かトラブルが起こると夫のせいにする。夫に攻撃的な言動が多く、夫の精神的な負担になっている。

5. 特記すべき事項(相談機関から医療機関へ依頼したいこと、など)

- 専門医療機関との連携を希望する
  - 専門的な検査を希望する
  - 今回の相談内容ならびに診断結果を介護保険の主治医の意見書に反映させることを希望する
- 長女が検査を希望。外出の機会を増やし、夫の介護負担を軽くするため、デイサービス利用を増やしたい。

居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター  
るときは、当該利用者に関する情報を居宅介護支  
施に必要な範囲で関係する者に情報提供すること  
独居で、本人が記入できない等の場合は、やむを得ず空欄となることもある。

令和 年 月 日 本人又は家族の署名

もの忘れ相談シート運用実績簿

提出日：令和 年 月 日

事業所名：

NO	対象者氏名	年齢	相談者続柄	住所	医療機関	シート			シートを使用した経緯、受診結果、その後の経過 など	相当ケア マネジャー
						シート1 利用または手元 に、利用したもの	シート2 11/1	シート3 11/30		
(例)	〇〇 △△	〇〇	夫	緑町	〇〇クリニック	〇	〇	〇	令和〇△年〇月頃より、もの忘れがみられ、毎日同じ食料品を買ってきたり、火の消し忘れ、物盗られ妄想が出現。週1回長女が訪問し、身の回りの世話をしているが、同居の夫は心疾患の持病があり、介護負担が大きい。認知症の精査の上、デイサービス利用を増やすために意匠書への反映を希望し、かかりつけ医にシートを利用。かかりつけ医より〇△病院神経内科を紹介され、12月に受診予定。	□□ × ×
1										
2										
3										
4										
5										

★提出先：〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28 武蔵野市高齢者支援課相談支援係認知症担当 電話：0422-60-1846

御担当医先生 御侍史

武蔵野市医師会  
武蔵野市 高齢者支援課

認知症連携『もの忘れ相談シート』について（お願い）

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

武蔵野市医師会が、三鷹市医師会とともに杏林大学病院・武蔵野赤十字病院や両行政と進めてきております認知症連携について、ご理解、ご協力いただき誠にありがとうございます。

このたび貴院受診の患者様について、ご家族および在宅支援者よりご相談させていただきたく、『もの忘れ相談シート』を使わせていただきました。

「医療機関→相談機関連絡シート（シート3）」に診療結果等をご記入のうえ、患者様・ご家族のご了解のもと、下記の支援者へご返送いただきますよう、よろしくご協力をお願いいたします。

患者様氏名	生年月日
	大・昭 年 月 日
<b>【支援担当者】</b>	
担当者名：	事業所名：
・ケアマネジャー	住所
・地域包括支援センター	☎
・在宅介護支援センター	FAX
<b>【連携シートに関する問い合わせ先】</b>	
武蔵野市 高齢者支援課	高齢者支援係 電話 0422-60-1846
	地域包括支援センター 電話 0422-60-1947

『もの忘れ相談シート』は、主治医意見書に反映していただくためのケアマネジャーからの情報提供や、認知症専門医療機関に繋ぐための資料としての利用のほか、クリニックで困っている認知症患者様について在宅支援機関（地域包括支援センター・在宅介護支援センター等）に紹介したり、ケアマネジャーへの情報提供など、日ごろの診療業務の場面で多様な使い方をしていただくためのシートです。

NO. 8	帳票名:利用者支援台帳、ケアマネジメントプロセス確認表
担当:武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会	関連ページ: p.13

## 1 概要

### (1)概要

「利用者支援台帳」「ケアマネジメントプロセス確認表」は、『新任ケアマネジャーやひとりケアマネジャーにも、ケアマネジメントプロセスの確認ができるようなツールがあるといいね』という幹事からの声からうまれました。利用者が安心して在宅生活が継続できるよう支援していくために、「何が必要か？見落としがないか？」ということが確認できるツールとして武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会で作成しました。

記入方法については一例です。各事業所で、使いやすいような独自のアレンジを加えてみましょう。

### (2)利用者支援台帳の記入方法

「利用者支援台帳」はケアマネジャーが毎月の請求時に確認もれがないよう、また加算要件にあうかなど確認できるように一覧表にしたものです。また、管理者は各ケアマネジャーの業務管理をすることが可能になります。

- 番号、利用者名欄：今月管理を必要とする利用者の名前を記入。
- 被保険者番号、有効期間、要介護度欄：被保険者番号・有効期間、要介護度等一覧したい時に便利。
- 短期目標の終了日欄：ケアプランの見直しを行う時、つい忘れやすいため、短期目標の終了日を記入。
- 訪問日、利用票、モニタリング、サービス担当者会議・照会欄：実施した日付を記入。内容は支援経過に記録。
- 加算項目欄：要件を満たす事を確認できた場合に○などの印を記入。
- 備考欄：△日に入院した等、覚えておきたい情報をメモ書きする時に利用。

### (3)ケアマネジメントプロセス確認表の記入方法

「ケアマネジメントプロセス確認表」は新任ケアマネジャーやひとりケアマネジャーでも、ケアマネジメントプロセスが簡単に確認でき、見落としがないように点検できるツールとして一覧表にしました。

- 「初回実施・記録」欄は新規ケースの業務プロセスです。「受付」～「居宅サービス計画作成依頼届出」は実施した日付を記入します。記録もれがないことを確認したら、「支援経過記録」欄にチェックを入れます。継続ケースについてはこの項目には記入しません。
- アセスメント欄：アセスメントを実施した日付を記入。
- 主治医の意見を確認欄：主治医意見書を取り寄せたり、主治医から直接ケアプランに関する意見を聴取した場合にチェック。
- ケアプラン原案の作成欄：サービス提供前に原案の作成をし、その日付を記入。
- サービス・事業所の選択欄：利用者にサービス・事業所の選択肢の提示と説明をしたらチェック。
- サービス担当者会議の開催・照会欄：会議を開催したり、サービス担当者から必要な意見を照会した日付を記入。
- 全担当者から意見聴取欄：意見聴取をしたらチェック。

- ケアプラン原案の同意欄：利用者に原案の説明をし、同意を得た日付を記入。
- 居宅サービス計画1,2,3の作成欄：居宅サービス計画を作成した日付を記入。
- 利用者への交付・承認・署名・捺印欄：利用者へ説明し、承認の印を押してもらった日付を記入。
- ケアプランをサービス事業所へ交付欄：7のケアプランを事業所へ交付した日付を記入。
- 福祉用具購入・住宅改修欄：福祉用具購入や住宅改修に関わる理由書他を作成し、提出したらチェック。
- サービス利用票・別表の作成・交付欄：利用者に利用票を交付した日付を記入。
- サービス提供票・別表の交付欄：事業所に提供票を郵送または交付した日付を記入。
- 訪問欄：毎月利用者宅を訪問、面接した日付を記入。
- モニタリング欄：毎月モニタリングした日付を記入。内容は支援経過に記録。
- 支援経過記録欄：今月の支援内容が記録されていればチェック。
- 請求業務・給付管理欄：利用者支援台帳などから加算・減算等がないか確認しチェック。
- ケースの終了欄：終了した日付を記入。

# 利用者支援台帳

令和 年 月

事業所名

担当者名:

承認印

番号	利用者名	被保険者番号	有効期間	要介護度	短期目標の終了日	訪問日	利用票	モニタリング	サービス担当者会議・照会	加算				備考
										初回	入院時 連携 I・II	退院時 所 I・II・III	ターミナルケア	
1	様		～											
2	様		～											
3	様		～											
4	様		～											
5	様		～											
6	様		～											
7	様		～											
8	様		～											
9	様		～											
10	様		～											
11	様		～											
12	様		～											
13	様		～											
14	様		～											
15	様		～											
16	様		～											
17	様		～											
18	様		～											
19	様		～											
20	様		～											
21	様		～											
22	様		～											
23	様		～											
24	様		～											
25	様		～											

利用者支援台帳

記入例

令和 3年 10月

事業所名 ○○居宅介護支援事業所 担当者名:○○ △△

承認印

番号	利用者名	被保険者番号	有効期間	要介護度	短期目標の終了日	訪問日	利用票	モニタリング	サービス担当者会議・照会	加算				備考
										初回	入院時 連携 I・II	退院 退所 I・II・ III	ターミナルケア	
1	□□ ×× 様	111111111	R3.10.1 ~ R4.9.30	1	R4.3.31	10.12	10.12	10.12	9.28	○				A病院へ20日入院
2	▲▲ ○○ 様	1234567890	R3.8.1 ~ R.3.1.31	4	R3.10.31	10.15	10.15	10.15	7.25	○				
3	様		~											
4	様		~											
5	様		~											
6	様		~											
7	様		~											
8	様		~											
9	様		~											
10	様		~											
11	様		~											
12	様		~											
13	様		~											
14	様		~											
15	様		~											
16	様		~											
17	様		~											
18	様		~											
19	様		~											
20	様		~											
21	様		~											
22	様		~											
23	様		~											
24	様		~											
25	様		~											

被保険者番号・有効期間欄は、保険情報を一覧するのに便利!

会議の開催日、もしくは照会日を記

短期目標の終了日はつい忘れやすいので、期日管理に使うと便利!

モニタリングは実施した日付を記

備考欄は  
入退院や区分変更  
サービスの追加・変更などを記入  
覚え書きメモのように使いましょ

## ケアマネジメントプロセス確認表 年

様

担当介護支援専門員

プロセス	月日	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	備考
初回実施	プロセス	/												
初回訪問	受付	/												
・記録	介護保険制度・社会資源説明	/												
	重要事項説明・契約締結・個人情報同意	/												
	居宅サービス計画届出	/												
	支援経過記録													
1	アセスメント	/												
2	主治医の意見を確認													
3	ケアプラン原案の作成	/												
4	サービス・事業所の選択													
	サービス担当者会議の開催・照会	/												
	全担当者から意見聴取													
5	ケアプラン(原案)の同意	/												
6	居宅サービス計画書(1)(2)(3)の作成	/												
7	利用者への交付・承認・署名・捺印	/												
8	ケアプランをサービス事業者へ交付	/												
	主治医への配布	/												
	訪問看護・訪問リハ	/												
	訪問介護	/												
	訪問入浴	/												
	通所介護・通所リハ	/												
	短期入所	/												
	居宅療養管理指導	/												
	福祉用具貸与	/												
9	福祉用具購入・住宅改修													
10	サービス利用票・別表の作成・交付													
11	サービス提供票・別表の交付													
12	訪問	/												
13	モニタリング	/												
14	支援経過記録													
15	請求業務・給付管理													
16	ケースの終了	/												

NO. 9	帳票名:住宅改修関係帳票(住宅改修費支給申請書、住宅改修が必要な理由、住宅改修見積書、委任状、住宅改修事前申請に伴う了承事項、住宅改修承諾書)
担当:介護保険係 給付担当	

## 1 概要

### (1)概要

介護保険の給付対象となる住宅改修工事を行おうとする際に、申請するものです。工事着工前に必要書類を提出し（事前申請）、専門員の審査を経て、本市より確認通知を発送した後に着工していただきます。工事完了後に必要書類を提出する（事後申請）ことで、20万円を限度として、利用者の負担割合に応じて工事にかかった費用の9割～7割が支給されます。

対象となる工事は次のとおりです。

1. 手すりの取り付け
2. 段差の解消
3. 滑りの防止および移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
4. 引き戸等への扉の取替え
5. 洋式便器等への便器の取替え
6. 1～5の住宅改修に付帯して必要となる工事

### (2)対象者

要介護・要支援認定を受けている方で、原則として在宅で生活されている方。

### (3)提出期限

- [事前申請] 審査日（原則水曜日）の二営業日前まで。  
 [事後申請] 毎月最終営業日まで。翌月20日（土日祝日の場合は前営業日）に支給。  
 ※不備がある場合は支給が遅れる場合があります。

### (4)提出先

高齢者支援課 介護保険係

## 2 備考

申請の際は以下の書類が必要となります。

- [事前申請] ①申請書 ②住宅改修が必要な理由書（②は原則ケアマネジャーが作成）  
 ③住宅改修見積書 ④図面 ⑤改修前の写真（③④⑤は主に施工業者が作成）  
 ※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合：委任状  
 ※入院・入所中、要介護認定新規申請中の場合：住宅改修事前申請に伴う了承事項  
 ※改修する住宅の所有者が本人以外の家族の場合：住宅改修の承諾書（家族所有用）  
 ※改修する住宅が賃貸契約などの場合：住宅改修の承諾書（賃貸契約用）  
 さらに、申請者と借借人が異なる場合は同意書の提出が必要です。  
 →承諾書はやむを得ない場合、事後申請時に提出いただいても構いません。
- [事後申請] ①領収書 ②改修後の写真  
 ※事前申請時から工事内容が変更となった場合：内訳書

# 住宅改修費の支給申請のご案内

要支援・要介護認定を受けている方が介護保険の給付対象となる住宅改修を行った場合、保険から給付が受けられます。

## 対象者

- ・要支援・要介護認定を受けている方で、原則として在宅で生活されている方。

## 対象となる住宅改修の種類

1. 手すりの取り付け
2. 段差の解消
3. 滑りの防止および移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
4. 引き戸等への扉の取替え
5. 洋式便器等への便器の取替え
6. 1～5の住宅改修に付帯して必要となる工事

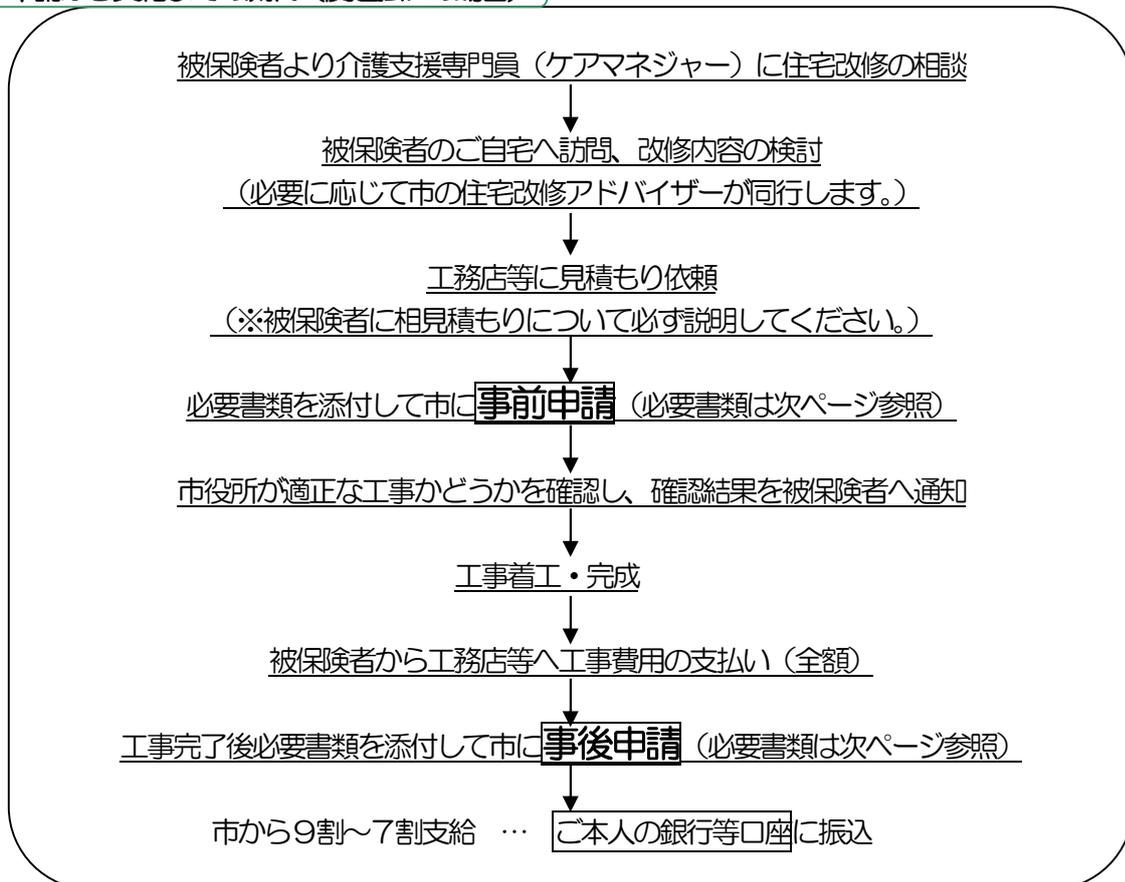
## 支給限度額

- ・改修に要した費用のうち20万円までが、支給対象となります。そのうち負担割合に応じて9割～7割が保険から支給され、残りが自己負担になります。  
例) 20万円の住宅改修 → 14万～18万円を支給
- ・初回工事時点より要介護状態区分が3段階以上上がった場合や、転居した場合は、新たに20万円利用することができます。
- ・20万円を分割して利用することもできます。

## 支給方法

一旦、被保険者が工務店等に工事費用の全額を支払い、その後、市に保険給付分（9割～7割）の支給申請をしてください（原則は左記の「償還払い」になります。「受領委任払い」については次ページを参照ください）。

## 申請から支給までの流れ（償還払いの場合）



## 申請に必要な書類

### ☆事前申請時に提出する書類

- 支給申請書
- 住宅改修が必要な理由書…原則、介護支援相談員（ケアマネージャー）が作成します。
- 工事費見積書 …改修箇所、工事名称（仕様）、単価、数量等を記載（材工一式の記載は釘や接着剤等の数量や材工を区分することが難しい場合に限りです。）
- 図面 …取り付け位置（高さ、長さ等）、改修内容が確実に分かるもの。
- 改修前の写真 …改修位置がわかるように印を付け、写真内に撮影日の記載があるもの。
- 委任状（本人以外の口座に振り込む場合）
- 住宅の所有者の承諾書（本人以外所有の場合）  
（やむを得ない場合は事後申請時に提出いただいても構いません。）
- 事前申請時に伴う了承事項（入院中、入所中、要介護・要支援認定新規申請中の場合）

### ☆事後申請時に提出する書類

- 領収証 …被保険者本人宛
- 改修後の写真…写真内に撮影日の記載があるもの
- 工事費内訳書（事前申請時から工事内容が変更となった場合）

武蔵野市役所 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係 ☎60-1845

## 住宅改修・福祉用具相談支援センターのご案内

作業療法士・理学療法士が、住宅改修や福祉用具についてアドバイスを行っています。必要に応じて介護支援相談員（ケアマネージャー）がご自宅への訪問を行う際の同行も行っています。お気軽にご相談ください。

武蔵野市住宅改修・福祉用具相談支援センター（高齢者総合センター内） ☎51-1974

## 一度に費用の全額を支払うことが困難な方

### ○受領委任払い制度

生活保護を受給されている方、もしくは市民税非課税世帯の方は、受領委任払い制度を利用できます。申請の流れについては次ページも参照ください。受領委任払い制度では、被保険者は自己負担額（1割）のみを工務店等に支払い、市が保険給付分（9割）を工務店等に支払います。受領委任払いを利用できるのは市と合意書を取り交わしている施工業者に限ります。ご不明な点は上記介護保険係までお問い合わせください。

### ○生活福祉資金貸付制度

市民社会福祉協議会に生活福祉資金貸付制度があります。一定の要件がありますので、事前に市民社会福祉協議会にご相談ください。

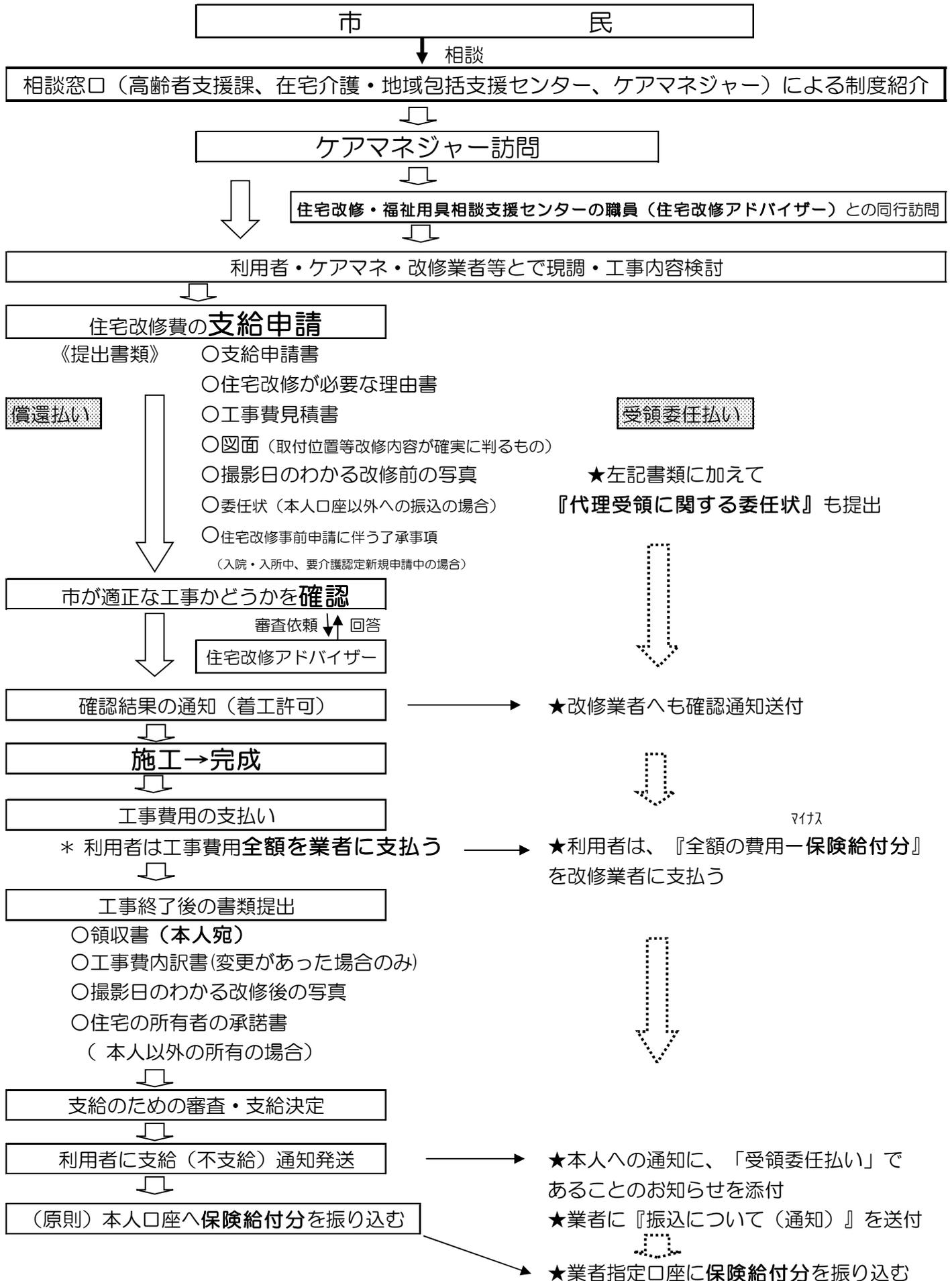
武蔵野市民社会福祉協議会 ☎23-0701

## 武蔵野市独自の住宅改善事業

一定の要件を満たし、在宅介護・地域包括支援センターの職員等による訪問調査を行った結果、工事により在宅生活の利便性向上が得られると認められる方に対して、市が工事費の一部を負担します。

介護保険制度が優先されます。給付額の上限や対象となる工事が限られますので、必ず工事前にお住まいの地域にございます在宅介護・地域包括支援センターか、市役所の高齢者支援課 相談支援係（☎60-1846）にご相談ください。

# 武蔵野市介護保険住宅改修事前申請と受領委任払いの流れ



（★・・・償還払いとの違い）



# 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

武蔵野市長 殿

令和 ○ 年 □ 月 1 日

下記のとおり居宅介護(介護)を受けることとします。

氏名は被保険者証と一致させてください。  
※すべての書類で字体を統一してください。

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	マルマル マルマル  ○○ ○○	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	被保険者番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
住所	〒180- 0 0 0 1 武蔵野市 吉祥寺北町○-○-○	生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> 大・昭 電話番号 0422 ( △△ ) △△△△

集合住宅の場合等は、部屋番号までご記入ください。住所が正確でない場合、審査することができません。

住宅の所有者	○○ ○○	被保険者との関係( )	本
--------	-------	-------------	---

\* 本人以外の所有の場合には、「承諾書」が必要です。

改修の内容・箇所及び規模 (○してください)	(1) 手すりの取付け	業者名 ムサシノ工務店
	(2) 段差の解消	
	(3) 床材の変更	
(4) 着工予定日を必ず記入してください。この日付が、確認通知に印刷されます。(着工予定日は、あくまで現状の予定日で構いません)	着工予定日	令和 ○ 年 □ 月 2 0 日
(5)	修費用(予定)	153,000 円
(6)		

振込口座	銀行	店番: ○ ○ ○	本店	口座種目	1 普通預金	口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0
	信用金庫	○○	支店	2 当座預金		
口座名義人氏名 (被保険者本人に限る)	カタカナでお書きください。 マルマル マル					

\* 本人の口座以外に振り込む場合は、「委任状」が必要です。

注意・この申請書は、改修工事に着工する前に、改修工事の内容が、保険給付として適当な受け取った後に着工してください。改修工事が終了しましたら、すみやかに終了後提出書類を提出してください。適切な工事が行われた事を確認後、住宅改修費の支給を決定します。

ゆうちょ銀行に振り込む場合には、振込用の店名・預金種目・口座番号を記入してください。(記号・番号では振込ができません)

[市記入欄]

※上記申請に基づき、以下のとおり支給決定する。

事前提出書類	理由書	見積書	写真(改修前)
	函面	委任状	了承事項

受領委任の場合…合意有口

終了後提出書類	領収書	内訳書	写真(改修後)
	承諾書		

備考

要介護区分	要支援 ・ 要介護
認定日	・ ・ ~
申請回数	回目
初回申請	・ ・
初回申請時	要支援 ・ 要介護
住所変更	有 ・ 無
給付実績	円
残額	円
支給対象額	円
減額	円
支給決定額	円

確認	／
通知	／

事前申請

終了後申請

着工日	年 月 日
完成日	年 月 日
改修費用	円











# 見積書

令和〇年△月×日

**見積金額 94,608円**

必ず、工事をする本人のフルネームを記載してください。

氏名 〇〇 〇〇 様  
住所 武蔵野市緑町2-2-28

株式会社 〇〇建設  
武蔵野市〇〇町〇-△-×  
電話 0422-〇〇-△△△△

集合住宅の場合等は、部屋番号、方書き(アパート名等)もご記入ください。

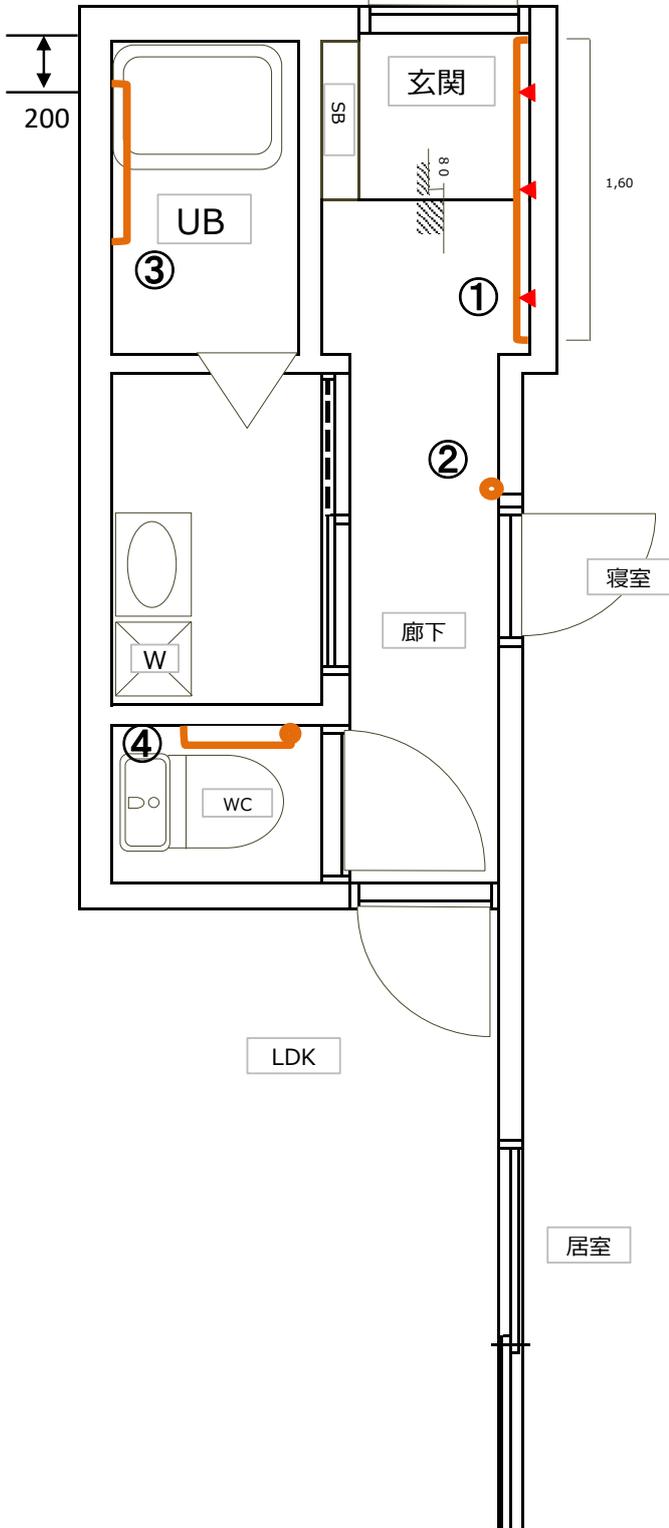
取り付ける部材のメーカー名、型番等を記載してください。部材と施工賃を切り分けて記載してください。

部屋名	工事名称	仕様	数量	単価	金額
廊下	手すり取付け	手すり 〇〇製 型番〇〇△△-××	0.6(m)	2,000	1,200
		ブラケット 〇〇製 型番△△△△-××	2(個)	1,000	2,000
		取付け費	1(力所)	4,000	4,000
トイレ	手すり取付け	〇〇製 型番〇〇△△-〇〇	1(本)	9,500	9,500
		〇〇製 型番〇〇××-〇〇	1(本)	12,000	12,000
		取付け費	2(力所)	4,000	8,000
玄関	段差の解消	ステップ台 ××製 型番××-〇〇	1(台)	35,000	35,000
		取付け費		8,000	8,000
				計	79,700
諸経費					7,900
				小計	87,600
				消費税	7,008
				合計	94,608

諸経費は、工事にかかる金額の1割程度を上限として、適正範囲内で計上してください。

〇〇〇〇様 改修工事 図面

フルネームでお書きください。



- ①玄関 横手すり  
L1600 H800
  - ②廊下 縦手すり  
L600 H800
  - ③浴室 横手すり  
L900 浴槽上端からH100  
※浴槽奥の壁から200の位置に設置
  - ④トイレ L字手すり  
L600×600 H800  
※手前の壁から100の位置に縦が  
くるように設置
- 単位 mm L=長さ H=高さ
- ◀ ブラケット取付予定位置

手すり取付けの際は、手すりの長さに加えて、必ず取付け高さも記載してください。  
高さが施工時調整の場合は、「H=施工時調整」と記載してください。

階段等で角度のある手すりの場合、それぞれの長さを記載してください。

壁の中ほどに手すりを設置する場合は、壁や戸からどれくらい離れた位置に設置するのかを記載してください。

〇〇 〇〇様 事前写真

フルネームでお書きください。

- ① 玄関  
手すりの取付け

写真はカラーで出力してください

線を引くなどして、取付け予定位置を示してください(手書き可)

カメラの日付挿入機能等を使用し、写真に日付を入れてください。(そのような機能がない場合は、日付を記載した黒板等が写るように撮影してください。)

2024.10.15

- ② 玄関  
段差の解消

段差の解消工事の場合は、段差部分に定規を縦にあてて、定規の目盛りがわかる状態で撮影してください。

2024.10.15

# 委任状

令和 年 月 日

武蔵野市長 殿

委任者（被保険者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項

（被保険者氏名） \_\_\_\_\_ の

1. 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
2. 居宅介護（介護予防）住宅改修費

の受領について。

受任者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請における  
事前申請に伴う了承事項

武蔵野市長 殿

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書の事前申請にあたり、  
万が一下記の状態になった場合には、住宅改修の工事費を全額自己負担する  
ことを了承いたします。

- ・ 病院を退院できなくなった場合
- ・ 介護保険施設等を退所できなくなった場合
- ・ 要介護・要支援認定申請に伴って非該当となった場合

以上

年 月 日

住所

---

被保険者氏名

---

令和 年 月 日

## 住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住 所

氏 名

私は、下記表示の住宅に(被保険者氏名) \_\_\_\_\_ 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。

記

(1) 住 宅	名 称	
	所在地	
(2) 住宅改修 の概要	個所・部位	内容

\* 家族所有の場合に使用(被保険者と共有の場合は不要)

令和 ○年 □月△日

## 住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所 **武蔵野緑町2-2-28**

氏名 **〇〇 × ×**

私は、下記表示の住宅に(被保険者氏名) 〇〇 △△ 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。

記

(1) 住 宅	名 称	<b>〇〇 × × 邸</b>	住宅所有者の氏名+邸と記入してください。
	所在地	<b>武蔵野緑町2-2-28</b>	所在地(住所)を忘れずに記入してください。
(2)住宅改修の概要	個所・部位	内容	
	<b>玄関 階段</b>	<b>手すりの取付け 手すりの取付け</b>	

改修個所、内容に記入漏れがないようにしてください。

\* 家族所有の場合に使用(被保険者と共有の場合は不要)

令和 年 月 日

## 住宅改修の承諾についてのお願い

(賃貸人)

住 所

氏 名

殿

(賃借人)

住 所

氏 名

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険住宅改修費支給申請書」の通り行いたいので承諾願います。

記

(1) 住 宅	名 称	
	所在地	
(2) 住宅改修 の概要	個所・部位	内容

## 承 諾 書

上記について、承諾いたします。

(なお、

)

令和 年 月 日

(賃貸人)

住 所

氏 名

印

[注]

1. 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、賃貸人に2通提出してください。賃貸人は、承諾する場合には本承諾書の点線から下の部分を記載し、1通を賃借人に返還し、1通を保管してください。
2. (1)の欄は、賃貸契約書を参考にして記載してください。
3. 承諾に当たっての確認事項等があれば、「なお」の後に記載してください。

令和 ○年 □月 △日

### 住宅改修の承諾についてのお願い

(賃貸人)

住所 **武蔵野市〇〇町×-〇-〇**

氏名 **〇〇 △ △** 殿

賃貸住宅の場合は、事前に承諾書を提出いただくようお願いします。

(賃借人)

住所 **武蔵野緑町2-2-28**

氏名 **〇〇 × ×**

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険住宅改修費支給申請書」の通り行いたいので承諾願います。

記

(1) 住 宅	名 称	〇〇ハウス △△△号	
	所在地	武蔵野市緑町2-2-28	
(2) 住宅改修の概要	個所・部位	内容	
	玄関 階段	手すりの取付け 手すりの取付け	

賃貸住宅の名称を記入してください。

所在地(住所)を忘れずに記入してください。

改修個所、内容に記入漏れがないようにしてください。

### 承 諾 書

上記について、承諾いたします。  
(なお、**退去時には原状回復のこと** )

令和 ○年 □月 △日

(賃貸人)

住所 **武蔵野市〇〇町×-〇-〇**

氏名 **〇〇 △ △** 印

承諾について、確認事項がある場合は、必ず記入して

[注]

1. 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、賃貸人に2通提出してください。賃貸人は、承諾する場合には本承諾書の点線から下の部分を記載し、1通を賃借人に返還し、1通を保管してください。
2. (1)の欄は、賃貸契約書を参考にして記載してください。
3. 承諾に当たっての確認事項等があれば、「なお」の後に記載してください。

領収日が、利用者負担割合判定の基準日となります。

# 領収証

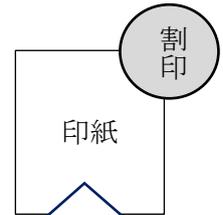
令和〇年 10 月 26 日

〇〇 ××様

領収金額 100,000 円

但、手すり工事代として

上記の金額正に領収致しました。



税抜き 5 万円以上の場合、必ず印紙を貼ってください。

株式会社 〇〇〇〇  
代表取締役〇〇 △× (印)  
180-00××  
武蔵野市〇〇町〇-△-□  
電話 0422-〇〇-××××

## 事後申請時のお願い

事後書類申請時には着工日、完成日の分かるメモを添付してください。

着工日は、その時点での要介護度によってリセット特例が将来にわたって関わってくる重要な基準日となります。

着工日は、工事について実際に着工を始めた日となります。

# 〇〇 〇〇様 事後写真

フルネームでお書きください。

- ① 玄関  
手すりの取付け

写真はカラーで出力してください。

事前写真と同じアングルで撮影してください。  
改修箇所全体が見切れなく映り込むように撮影してください。  
画角により、映らない部材がある場合には、  
すべての部材が映るよう、複数枚に分けて撮影してください。

日付を必ず挿入してください。日付がない場合は、支給できない場合があります。

2024.10.15



- ② 浴室  
手すりの取付け

段差の解消工事の場合は、段差が解消された部分に定規を縦にあてて、定規の目盛りがわかる状態で撮影してください。(事前写真との差を審査します)

2024.10.15



NO. 10	帳票名:武蔵野市住宅改修支援事業補助金交付申請書兼請求書
担当:介護保険係 給付担当	

## 1 概要

### (1)概要

ケアマネジャーが住宅改修の理由書を作成した利用者について、着工日の属する月に居宅サービス計画を作成しない場合、理由書1件あたり2000円の補助金が武蔵野市から支給されます。補助金の対象となる場合、武蔵野市から申請用紙が届くため、所定の期限までに提出してください。(期限が過ぎた場合は翌月以降の支給となります。)

### (2)対象者

居宅サービス計画を作成しない利用者の理由書を作成したケアマネジャー等が所属する指定居宅介護支援事業者等

### (3)提出期限

毎月月末頃(申請書をお送りする際にお知らせします)。

### (4)提出先

高齢者支援課 介護保険係

## 2 備考

## 武蔵野市住宅改修支援事業のご案内

居宅介護支援の提供を受けていない(居宅サービス計画等の作成に当たる介護支援専門員がいない)要介護(要支援)者に対する、住宅改修費支給申請に係る「住宅改修理由書」を作成した場合のみ、ケアマネジャー業務を支援する助成事業の対象となります。

対象となる業務	住宅改修費支給申請に係る「住宅改修理由書」の作成。
支援内容	理由書作成1件あたり2,000円
対象者	介護支援専門員、住宅改修アドバイザー、理学療法士、作業療法士、福祉住環境コーディネータ検定試験2級以上の者が所属する指定居宅介護支援事業者等
申請方法と補助金交付まで	①市から送付される交付対象者の一覧を基に、「武蔵野市住宅改修支援事業補助金交付申請書兼請求書(第1号様式)」と裏面の内訳書を記入し、市に申請。 ②審査の上、「決定通知書(第2号様式)」により、交付額、支払日等をお知らせ。 ③補助金の支払。
注意事項	①住宅改修費支給申請の実績がない場合は、補助金の対象とはなりません。 ②対象被保険者であるかの確認方法は、理由書中のチェック項目「着工日時点での居宅サービス計画等の有無」欄で行います。 ※なお、この取扱いは武蔵野市のみです。近隣自治体によって取扱いが異なります。 複数の自治体で営業している事業所はそれぞれの自治体にお問合せください。

### 問い合わせ

〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28

武蔵野市役所 健康福祉部 高齢者支援課

☎0422-60-1845

（表）

武蔵野市住宅改修支援事業補助金交付申請書兼請求書

	申請日	年	月	日
令和 年 月分	件 × @ 2,000 円 = 円			
<p style="text-align: center;">武 蔵 野 市 長 殿</p> <p>武蔵野市住宅改修支援事業補助金の交付を受けたいので、武蔵野市住宅改修支援事業実施要綱第7条の規定により、申請します。                  なお、補助金の交付にあたっては、次の口座に振り込みください。</p>				
申請者名 (事業者名)	..... 印			
住 所				
電話番号		ファクシミリ番号		
口座名義人	フリガナ .....			
振 込 先 金融機関	銀行・信用金庫	支店	預金種別	普通 当座
	農協・信用組合		口座番号	: : : : :

注

- 1 申請者名は、口座名義人と同一にしてください。
- 2 裏面の内訳書もご記入ください。

市確認欄 .....

備考

收受印

	1	2	3	4	5		計	
件 数							件	× @ 2,000 = <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> 円
資 格								
減・不								

(裏)

武蔵野市住宅改修支援事業補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月分内訳書

居宅介護支援事業者等の名称 ( )

着工日時時点で担当介護支援専門員等がない被保険者は、以下のとおりであることを確認します。

給付管理票、サービス提供票等の提出について、武蔵野市から求めがある場合は同意します。

偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けようとしたとき又は受けたときは、その返還を行います。

下記内訳に記入してください。

番号	作成者氏名	資格（欄外から該当する資格を選び、番号に○印を付けてください。）	着工月	着工日時点での居宅サービス計画の有無	居宅介護住宅改修費等の支給申請をした被保険者	
					被保険者番号	被保険者氏名
1		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
2		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
3		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
4		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
5		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
6		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
7		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
8		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
9		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
10		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
合計						件

注 資格 1 介護支援専門員 2 理学療法士 3 作業療法士 4 住宅改修アドバイザー

5 福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上資格者

（表）

**記入例**

武蔵野市住宅改修支援事業補助金交付申請書兼請求書

		申請日	年	月	日
令和 ○年 △月分		<b>2</b> 件 × @ 2,000 円 = 4,000 円			
武蔵野市長 殿  武蔵野市住宅改修支援事業補助金の交付を受けたいので、武蔵野市住宅改修支援事業実施要綱第7条の規定により、申請します。 なお、補助金の交付にあたっては、次の口座に振り込みください					
申請者名は居宅介護支援事業所及び代表者名です。理由書作成者ではありません。					
申請者名 (事業者名)	株式会社□□ (武蔵野市○○センター居宅介護支援事業所)				
	代表取締役 △△ △△ 印				
住所	〒180-8777 武蔵野市緑町2丁目				
	代表者の個人印または、申請者名欄に記載した役職の印を押印してください。※事業者印ではないのでご注意ください。				
電話番号	0422-60-1845 ファクス				
口座名義人	フリガナ カ)シカクニ ムサシ/シマルニセンターキョタクカイゴシエンジギョウシヨ 株式会社□□ 武蔵野市○○センター居宅介護支援事業所				
振込先 金融機関	武蔵野市	銀行・信用金庫 農協・信用組合	緑町	支店	預金種別 普通 当座 口座番号 0 0 0 0 0 0 0

注

- 1 申請者名は、口座名義人と同一にしてください。
- 2 裏面の内訳書もご記入ください。

申請者名は口座名義人と同一。

市確認欄 .....

收受印

備考

	1	2	3	4	5			計	
件数								件	×@2,000 =
資格									円
減・不									

(裏)

武蔵野市住宅改修支援事業補助金交付申請書兼請求書

令和〇年△月分内訳書

居宅介護支援事業者等の名称 (武蔵野市〇〇センター居宅介護支援事業所)

着工日時点で担当介護支援専門員等がない被保険者は、以下のとおりであることを確認します。

給付管理票、サービス提供票等の提出について、武蔵野市から求めがある場合は同意します。

偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けようとしたとき又は受けたときは、その返還を行います。

下記内訳に記入してください。

番号	作成者氏名	資格 (欄外から該当する資格を選び、番号に○印を付けてください。)	着工月	着工日時点での居宅サービス計画の有無	居宅介護住宅改修費等の支給申請をした被保険者	
					被保険者番号	被保険者氏名
1	〇〇 △△	① 2・3・4・5	〇年△月	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	0000000000000000	△△ 〇〇
2	□□ △△	① 2・3・4・5	〇年△月	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	0000000000000000	△△ □□
3		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
4		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
5		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
6		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
7		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
8		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
9		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
10		1・2・3・4・5	年 月	有・無		
合計						2 件

- 注 資格 1 介護支援専門員 2 理学療法士 3 作業療法士 4 住宅改修アドバイザー  
5 福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上資格者

NO. 11	帳票名:介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書
担当:介護保険係 給付担当	関連ページ: Q&A 編 P29 問 40

## 1 概要

### (1)概要

介護保険の給付対象となる福祉用具の購入を行った際、年 10 万円を限度として、購入費用の 9 割～7 割が支給されます。

対象となる品目は次のとおりです。

- 1 腰掛便座
- 2 自動排泄処理装置の交換可能部品
- 3 排泄予測支援機器
- 4 入浴補助用具
- 5 簡易浴槽
- 6 移動用リフトのつり具の部分
- 7 スロープ（貸与と購入の選択が可能）
- 8 歩行器（貸与と購入の選択が可能）
- 9 歩行補助杖（貸与と購入の選択が可能）

### (2)対象者

要介護・要支援認定者の中で、特定福祉用具販売指定事業所で特定福祉用具を購入した方。

### (3)提出期限

随時

### (4)提出先

高齢者支援課 介護保険係

## 2 備考

## 特定福祉用具購入費支給申請のご案内

介護保険で要支援・要介護認定を受けている方が、介護保険の給付対象となる「特定福祉用具（次ページ参照）」を購入された場合、申請によって購入費10万円までのうち9割～7割が保険から支給されます。

### 申請できる方

要支援・要介護認定を受けている方で、原則として在宅で生活されている方

### 支給対象

特定福祉用具を都道府県の指定を受けた事業者から購入した場合

### 申請方法

特定福祉用具を購入し、支払が終わってから、必要な書類を持って、市に支給申請してください。

### 申請に必要な書類

- ①申請書
  - ②領収書（被保険者本人あてのもの）
  - ③購入した福祉用具のパンフレット（コピー可。品名・型番等が確認できるもの。）
- ※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合：委任状  
※貸与と購入の選択が可能な品目を購入した場合：  
福祉用具サービス計画書のコピーなど  
（被保険者に対して、選択に必要な情報を提供したことが確認できるもの。）

### 注意事項

- ★居宅サービス計画での位置づけが必要ですので、ケアマネジャーへの相談が必須です。ケアマネジャーのいない方は、特定福祉用具販売の指定を受けた事業者に、『福祉用具が必要な理由』を記入していただきます。
- ★お一人につき、4月から翌年3月までの1年間で、購入費10万円までが支給対象となります（負担割合に応じて9割～7割が支給されます）。購入費の累計が10万円に達するまで購入の度に申請できます。なお、負担割合は領収書の日付を基準日として決定します。
- ★同一種類の用具を購入した場合は、原則として支給対象となりませんが、例外として認められる場合もあります（長期間の使用で汚損・破損した場合や、身体状況が大きく変化した場合など）。再購入を検討される場合は、必ず購入前に市役所の介護保険係までご相談ください。
- ★付加機能（暖房機能やウォシュレット機能など）付きの福祉用具については、支給対象となるには付加機能が必要である身体的理由が必要となります。必ず購入前に市役所の介護保険係までご相談ください。

## 介護保険の給付対象となる特定福祉用具

### 購入する品目

腰掛便座	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの。(和式腰掛式変換)</li> <li>② 洋式便器の上に置いて高さを補うもの。(補高便座)</li> <li>③ 電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの。(立上補助便座)</li> <li>④ 便座、バケツ等から成り、移動可能である便器(居室内において利用可能であるものに限る)。水洗可(ただし、設置に要する費用は自己負担)。(移動可能便座【ポータブルトイレ】)</li> <li>⑤ 便座の底上げ部材</li> </ul>
自動排泄処理装置の交換可能部品	<p>次の要件を全て満たすもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ レシーバー、チューブ、タンク等のうち、尿や便の経路となるもの</li> <li>・ 要介護者又はその介護を行う者が容易に交換出来るもの</li> </ul>
排泄予測支援機器	膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に通知するもの
入浴補助用具	<ul style="list-style-type: none"> <li>① <u>入浴用椅子</u> 座面の高さが概ね35cm以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る。</li> <li>② <u>浴槽用手すり</u> 浴槽の縁を挟み込んで固定することが出来るものに限る。</li> <li>③ <u>浴槽内椅子</u> 浴槽内において利用することができるものに限る。</li> <li>④ <u>入浴台</u> 浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にすることができるものに限る。</li> <li>⑤ <u>浴室内すのこ</u> 浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る。</li> <li>⑥ <u>浴槽内すのこ</u> 浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うものに限る。</li> <li>⑦ <u>入浴用介助ベルト</u> 身体に直接巻き付けて使用するもので浴槽への出入り等を容易に介助することができるものに限る。</li> </ul>
簡易浴槽	空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるもの。 硬質の材料であっても使用しないときに立て掛けること等により収納できるものを含むものであり、また、居室において必要であれば入浴が可能なものに限る。
移動用リフトのつり具の部分	身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なものであること。

### 貸与と購入の選択が可能な品目

スロープ	主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないもの。 (段差解消のためのものであって、取り付けに際し工事を伴わないものに限る。) (設置や撤去、持ち運びができる可搬型の場合は除く。)
歩行器	歩行が困難な者の歩行機能を補う機能があり、移動時に体重を支える構造のもの。 (車輪・キャスターが付いている歩行車は除く。)

(次ページへ続く)

歩行補助つえ	<p>以下の4種類に限る。</p> <p>① <b>カナディアン・クラッチ</b> 一本支柱に上腕を支えるカフを備えた上腕固定型つえで、ハンドグリップ部の2か所で支持できるもの。</p> <p>② <b>ロフストランド・クラッチ</b> 一本の支柱に前腕を支えるカフを備え、前腕部とハンドグリップ部の2か所で支持できるもの。</p> <p>③ <b>プラットホーム・クラッチ</b> 肘関節を曲げた状態で、プラットホームにのせるように前腕部分で体重が支持できるように、握りのついたもの。</p> <p>④ <b>多点杖</b> つえ先の接地点が複数（3点以上）に分岐することで、つえの支持面を広くしたもの。</p>
--------	---

### 問い合わせ

〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28

武蔵野市役所 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係

☎0422-60-1845

### 一度に費用の全額を支払うことが困難な方

#### ○受領委任払い制度

一旦、被保険者本人が販売事業者に費用の全額を支払い、その後市に保険給付分（9割～7割）の支給申請をいただく、「償還払い」が原則となります。しかし、生活保護を受給されている方、もしくは市民税非課税世帯の方は、一時的な費用負担が困難なことから「受領委任払い」を利用できます。受領委任払い制度では、被保険者は自己負担額（1割）のみを販売事業者を支払い、市が保険給付分（9割）を販売事業者を支払います。受領委任払いを利用できるのは市と合意書を取り交わしている販売事業者に限ります。ご不明な点は上記介護保険係までお問い合わせください。

#### ○生活福祉資金貸付制度

市民社会福祉協議会に生活福祉資金貸付制度があります。一定の要件がありますので、事前に市民社会福祉協議会にご相談ください。

武蔵野市民社会福祉協議会 ☎23-0701

## 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

武蔵野市長 殿

申請日 令和 年 月 日

下記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	性別	被保険者番号	
	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所 〒180- 武蔵野市			
電話番号 ( )			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名と 事業所番号	購入金額	購入日
①		円	年 月 日
②		円	年 月 日
③		円	年 月 日
福祉用具が必要な理由 (購入用具ごとに記載してください。)			

振込 口座	銀行 信用金庫 信用組合	店番: [ ] [ ] [ ] [ ]	本店 支店 出張所	口座 種目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号
	口座名義人氏名 (被保険者本人に限る)	カタカナでお書きください。				

\* 本人の口座以外に振り込む場合は、「委任状」が必要です。

本申請についての問合せ先(担当ケアマネジャー/福祉用具が必要な理由記入者等) 事業所名 担当者氏名	連絡先(なるべく日中連絡のつくところ) 電話 ( )
資格	

- 注意
- ・ この申請書に、本人宛領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
  - ・ 「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下さい。
  - ・ 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

[市記入欄]

※上記申請に基づき、以下のとおり支給決定する。

添付書類	領収証	パンフ	委任状

要介護区分	要支援 ・ 要介護
認定日	. . .
申請回数	回目
購入種目	
給付実績	円
残額	円
支給対象額	円
減額	円
支給決定額	円

収受印

備考

# 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

武蔵野市長 殿

申請日 令和 ○年 △月 1日

下記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	ム サ シ ノ ハ ナ コ <b>武蔵野 花子</b>	性別	男(女)	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
住所	〒180-0001 武蔵野市 吉祥寺北町○-○-○		電話番号	明・大・昭		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名と 事業所番号	購入金額	○年 5月 1日			
① 入浴用補助用具(入浴用いす) シャワーベンチA-01型	株式会社○○○ △△福祉用具販売社 1 3 × × × × × × × ×	10,000 円	購入種目ごとにそれぞれの理由 を記載してください。			
福祉用具が 必要な理由 (記入一例)	① 平成24年○月○日、脳梗塞にて△武蔵野病院に緊急入院。リハビリ後○月○日退院。後遺症により右上下肢に麻痺が残る。また入院生活により下肢筋力低下。入浴・洗身時に座位の保持が困難であり、上記福祉用具を導入することで安全に入浴でき、また介護者の負担を軽減できる。					

購入日は、その時点での要介護度によって限度額管理や特例、支給対象の可否等が関わってくる重要な基準日となります。なお、購入日とは、完済日となります。

指定を受けた事業者であることを確認するために、事業者名、事業所番号は必ず記入してください。

購入種目ごとにそれぞれの理由を記載してください。

被保険者ご本人名義の銀行口座です。

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合	店番: ○ ○ ○	本店 支店 出張所	口座 種目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
口座名義人氏名	カタカナでお書きください。 <b>ムサシノ ハナコ</b>			ゆうちょ銀行に振り込む場合には、振込用の店名・預金種目・口座番号を記入してください。			
申請先	業所名 ○○居宅介護支援事業所			連絡先(なるべく日中連絡のつくところ)			
担当者氏名	居宅 太郎	資格	ケアマネジャー	電話	0422 ( 12 ) 3456		

金融機関や支店の統廃合で、指定口座の確認が取れないと振込出来なくなる為、通帳等を必ず確認して下さい。

この申請書に、本人宛領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。  
「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに、具体的な理由を記載して下さい。難な場合は、裏面に記載して下さい。

この書類についての、内容照会や添付書類不備等があった場合、市からの問合せ先を記入して下さい。

[市記入欄]

※上記申請に基づき、以下のとおり支給決定

添付書類	領収証	パンフ	委任状
備考			
要介護区分	要支援	要介護	
認定日			
申請回数		回目	
購入種目			
給付実績		円	
残額		円	
支給対象額		円	
減額		円	
支給決定額		円	

なお、記入が無い場合は居宅計画の届出がされている居宅介護支援事業者に連絡します。

NO. 12	帳票名: 武蔵野市介護老人福祉施設入所申込書兼調査票、 武蔵野市特別養護老人ホーム入所対象者(要介護1又は2)に伴う申請書
担当: 介護保険係 介護サービス担当	関連ページ: p.34、資料編 p.1

## 1 概要

### (1)概要

武蔵野市に関連する介護老人福祉施設（13施設）に入所する際に使用する標準様式（令和3年度改定版）です。

要介護1又は2の方は「武蔵野市特別養護老人ホーム入所対象（要介護1又は2）に伴う申請書」を添付してください。

### (2)対象者

- ・原則として要介護3～5と認定された者のうち、常時介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な者
- ・要介護1および2と認定された者のうち、武蔵野市介護老人福祉施設入所指針に定める特例入所要件に該当する者

### (3)提出先

各介護老人福祉施設

### (4)提出物

要介護3～5：①入所申込書兼調査票

②居宅サービス利用票と別表の写し（直近3か月分）

※②は在宅の方のみ。病院や施設に入院・入所中の方は不要。

要介護1～2：上記①および②

③武蔵野市特別養護老人ホーム入所対象（要介護1又は2）に伴う申請書

## 2 備考

※詳細は、武蔵野市介護老人福祉施設入所指針（資料編：1ページ）を参照

(様式1)

**武蔵野市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票 (標準様式)**

申込日・届出日	年 月 日	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他[ ]
---------	-------	------	---

受付日	年 月 日	担当者名	受付番号
-----	-------	------	------

**施設長 殿**

**申請者 (連絡先)**

住所	〒 _____				
(フリガナ) 氏名	( _____ )	続柄	連絡先	自宅	- -
				携帯	- -

介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に入所したいので、入所申込書兼調査票を提出します。

入所申込者 (本人) の基本情報	(フリガナ) 氏名	( _____ )	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女													
			住民登録	市・区・町・村													
	現住所	〒 _____															
		電話 ( _____ )															
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )															
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 _____ (障害名) (判定 級 (度) 年 月 日)																
介護保険被保険者番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																
要介護認定と認定期間	要介護 3・4・5 ※ (要介護 1・2)	(認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日															
入所申込者 (本人) の状況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。(下記欄も記入) <table border="1"> <tr> <td>施設(病院)名</td> <td>入所(院)日 年 月 日~</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話 ( _____ )</td> </tr> </table>			施設(病院)名	入所(院)日 年 月 日~	住所	電話 ( _____ )									
	施設(病院)名	入所(院)日 年 月 日~															
	住所	電話 ( _____ )															
認知症・精神の状況	◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものにし点チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や周辺症状が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 [ _____ ]																
医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 ◆その他 ( _____ ) <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">現在の病気の</td> <td>病名</td> <td>入院・通院履歴</td> <td>期間</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月~</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月~</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>年 月~</td> </tr> </table>			現在の病気の	病名	入院・通院履歴	期間			年 月~			年 月~				年 月~
現在の病気の	病名	入院・通院履歴	期間														
			年 月~														
			年 月~														
			年 月~														

家族や住居等の状況	主たる介護者	(フリガナ) ( )	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		氏名	生年月日 年齢	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒	住所 〒 _____ 電話 _____ ( ) _____		
		入所申込者(本人)との関係			
	主たる介護者の状況	<p>◆下記の項目で該当するものにシ点チェックをお願いします(複数回答可)。</p> <input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業しており、なおかつ育児中もしくは複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。 <p>この申請書の入所申込者(要介護3以上)に対する在宅での介護期間又は年数 年 月 ~ 年 月 ( ) 年間</p> <p>◆介護をしている上で特に困っていることがあればご記入ください。  <input type="checkbox"/>この申請書の入所申込者に対する在宅での介護期間のエピソード等  ( )</p>			
主たる介護者の住宅状況(同居の場合)	<p>今の住まいは ⇒ <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>自宅以外  自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ⇒ <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない  その他 ⇒ <input type="checkbox"/>立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/>家屋の老朽化が著しい</p>				
介護をする上で住宅の問題点	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 入所申込者(本人)の部屋がない <input type="checkbox"/> 入所申込者(本人)の部屋とは別の階にトイレや風呂がある ◆上記以外の問題点があればご記入ください。 ( )				
他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込みしている。 <input type="checkbox"/> 他の武蔵野市介護老人福祉施設入所指針適用施設にも申込みしている。 ⇒ <input type="checkbox"/> 吉祥寺ナーシングホーム <input type="checkbox"/> ゆとりえ <input type="checkbox"/> 武蔵野館 <input type="checkbox"/> 親の家 <input type="checkbox"/> ケアコート武蔵野 <input type="checkbox"/> さくらえん <input type="checkbox"/> とらいつ武蔵野 <input type="checkbox"/> めぐみ園 <input type="checkbox"/> 緑寿園 <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> こもれびの郷 <input type="checkbox"/> 小松原園 <input type="checkbox"/> 新清快園 ◆上記以外の施設があればご記入ください。 ( )				
申込理由 特記すべき事項					

担当 ケアマネジャー	事業所名			
	氏名	連絡先	電話	( )

情報提供に関する 入所申込者(本人) の同意確認欄	<p>私は、入所申込施設が、①武蔵野市から私の介護認定情報の提供を受けること、②この申込書にある内容を必要に応じて武蔵野市や担当する介護支援専門員へ情報提供すること、③申込書にある内容について担当する介護支援専門員から情報を受けることに同意します。</p> <p>年 月 日 氏名 _____</p>
---------------------------------	--

※要介護1又は2について、別紙様式4を添付してください。

(様式1) 武蔵野市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票 (標準様式)

申込日・届出日	(和暦)〇〇年 4月 2日	申込区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他[ ]
---------	---------------	------	--

受付日	年 月 日	担当者名	受付番号
-----	-------	------	------

〇〇〇〇 施設長 殿

この欄は記入しない

申請者(連絡先)

住所	〒180-0012 武蔵野市〇町2-2-28				
(フリガナ)氏名	( マルマル シカクロウ ) 〇〇 □郎	続柄	子(長男)	連絡先	自宅 0422-60-1846 携帯 0×0-××××-×××

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所したいので、入所申込書兼調査票を提出します。

入所申込者(本人)の基本情報	(フリガナ)氏名	( マルマル サンカク ) 〇〇 △	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	現住所	〒180-8777 東京都武蔵野市〇町2-2-28 電話 0422(60)1925		
	生年月日	明・大・昭 5年 1月 1日(〇△歳)		
	障害手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (障害名) (判定) 級(度) 年 月 日		
	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9		
要介護認定と認定期間	要介護3・4・5 ※(要介護1・2)	(認定期間) (和暦)〇年 1月 1日~(和暦)〇年 12月 31日		
入所申込者(本人)の状況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。(下記欄も記入) 施設(病院)名 介護老人保健施設 〇〇園 入所(院)日 (和暦)〇年3月3日~ 住所 東京都〇〇区△△町1-2-3 電話 03(1111)1111		
	認知症・精神の状況	◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものにシ点チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や周辺症状が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 ( 物盗られ妄想が激しく、介護者に対して攻撃的になる。抵抗有。また、麻痺があり歩行には支えが必要なのに、勝手に歩こうとしてしまう。転倒の危険性があり、家族は目が離せない。 )		
医療的処置	尿管カテーテル	ロストマ(人工肛門)	経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻)	酸素療法
	インシュリン注射	◆その他( )		
現在の病気の病名	入院・通院履歴	期間		
脳梗塞後遺症	A病院	(和暦)〇年 △月~		
糖尿病	B病院	(和暦)〇年 〇月~		
アルツハイマー型認知症	A病院	(和暦)〇年 □月~		

家族や住居等の状況	主たる介護者	(フリガナ) ( マルマル サンカク ) 氏 名 <b>〇〇 △</b>	性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 生年月日 明・大・昭 <b>6年1月1日</b> 年 齢 ( <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 歳 )
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒	住所 〒 _____ 電話 ( _____ )
	入所申込者(本人)との関係	<b>妻</b>	
	主たる介護者の状況	<p>◆下記の項目で該当するものにシ点チェックをお願いします(複数回答可)。</p> <input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input checked="" type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業しており、なおかつ育児中もしくは複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。 <p>この申請書の入所申込者(要介護3以上)に対する在宅での介護期間又は年数 年 月 ~ 年 月 ( _____ ) 年間</p> <p>◆介護をしている上で特に困っていることがあればご記入ください。  <input type="checkbox"/>この申請書の入所申込者に対する在宅での介護期間のエピソード等  <b>( 妻は高齢のため、自分の生活だけでも手が一杯である。生活は自立できているものの、糖尿病を患っていて、自分の通院と夫の介護を両立することは難しい。留守の間はヘルパーをお願いしているが、夜間などの夫の認知症への対応に疲れきっている。 )</b></p>	
	主たる介護者の住宅状況(同居の場合)	<p>今の住まいは ⇒ <input checked="" type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>自宅以外          自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ⇒ <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない          その他 ⇒ <input type="checkbox"/>立ち退きを迫られている <input checked="" type="checkbox"/>家屋の老朽化が著しい</p>	
介護をする上で住宅の問題点	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 入所申込者(本人)の部屋がない <input type="checkbox"/> 入所申込者(本人)の部屋とは別の階にトイレや風呂がある ◆上記以外の問題点があればご記入ください。 <b>{ アパートの2階に住んでいるが、通院時に1階におろすのに手間がかかる }</b>		
他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込みしている。 <input type="checkbox"/> 他の市内の介護福祉施設に申込みしている。 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 吉祥寺ナーシングホーム <input type="checkbox"/> ケアコート武蔵野 <input checked="" type="checkbox"/> めぐみ園 <input type="checkbox"/> 緑寿園 <input type="checkbox"/> 小松原園 <input type="checkbox"/> 新清快園 ◆上記以外の施設があればご記入 <b>{ _____ }</b>		
申込理由 特記すべき事項	<p>子ども達も子育てや日中仕事をしており、介護に協力することが難しい。          また、本人が子どもたちからの介護を拒否している。  <b>同居の妻も体がすぐれないため、在宅での介護は厳しい状況だ。このままでは、共倒れとなってしまうため、施設に申込みした。</b></p>		

この欄は、施設を申込みことになった理由や、他の欄では書ききれなかった介護の大変さなどを記入していただく欄です。こちらに記入していただくことで、緊急度など特別な事由と認められ、考慮されることもありますので、できるだけ記入をしてください。

担 当 ケアマネジャー	事業所名	<b>むさしの〇〇〇 居宅介護支援事業所</b>		
	氏 名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> △△子	連絡先	電話 <b>0422 (51) 5131</b>

情報提供に関する 入所申込者(本人)の同意確認	<p>私は、入所申込施設が、①武蔵野市から私の介護認定情報の提供を受けること、②この申込書にある内容を必要に応じて武蔵野市や担当する介護支援専門員へ情報提供すること、③申込書に記入した内容が正しいことを確認すること、④武蔵野市や担当する介護支援専門員から情報を受けることに同意します。</p> <p><b>入所申込者ご本人のお名前をご記入ください(印字不可)。</b></p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏 名 <b>〇〇 △</b></p>
----------------------------	---

※要介護1又は2について、別紙様式4を添付してください。

施設長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

武蔵野市特別養護老人ホーム入所対象者（要介護1又は2）に伴う申請書

入所申込者（本人）	介護保険被保険者番号	要介護度及び認定有効期間			
		要介護度		認定有効期間	
		1	2	年 月 日～ 年 月 日まで	
入所要件（緊急度など特別な事由）					
<input type="checkbox"/> 1. 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。					
<input type="checkbox"/> 2. 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。					
<input type="checkbox"/> 3. 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であることにより、在宅生活が困難な状態であること。					
<input type="checkbox"/> 4. 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であることにより、在宅生活が困難な状態であること。					
【具体的な理由（エピソード等）】					

※入所判定対象者の選定要件については、裏面をご覧ください。

指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設（以下「施設」という。）については、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号）第 7 条に規定する「入退所」及び「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令」（平成 14 年 8 月 7 日厚生労働省令第 104 号）に基づくものである。介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 21 項の改正と、それに伴う介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 条）の改正により、平成 27 年 4 月 1 日以降の施設への入所が原則要介護 3 以上の方に限定される一方で、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護 1 又 2 の方の特例的な施設への入所が認められることとなった。

## 1. 入所判定対象者の選定

- (1) 入所判定の対象となる者は、入所申込者のうち、要介護 3 から要介護 5 までの要介護者及び、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護 1 又は 2 の方の特例的な施設への入所が認められる者とする。
- (2) 特例入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮する。
  - ① 認知症である者（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以上）であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。
  - ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。
  - ③ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であることにより、在宅生活が困難な状態であること。
  - ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であることにより、在宅生活が困難な状態であること。

NO. 13	帳票名:短期入所の要介護認定等有効期間のおおむね半数を超える利用理由届出書
担当:介護保険係 介護サービス担当	関連ページ: p.34、Q&A 編 P14 問 20

## 1 概要

### (1)概要

居宅（介護予防）サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合に当たっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護・要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

### (2)特に必要と認められる場合の基準について

本来は介護保険施設での長期的介護が必要にもかかわらず、直ちに入所ができず、待機状態であると認められるもので次のいずれかに該当するもの

- ①本人の心身状況により、独居での在宅生活が困難であると認められるもの。
- ②主たる介護者が死亡、および疾病、傷病、入院等で単独生活が困難であると認められるもの。
- ③その他市長が認めるもの。

### (3)有効期間の半数超えの日数の計算方法

- ①日数として換算するのは介護保険給付の対象となった日数。（泊数ではない。）  
\*入所日、退所日をそれぞれ1日と算定し、退所と入所が同一日に行われた場合は2日と算定。
- ②有効期間の日数の二分の一の計算で、端数が出た場合は切上げた日数を超える場合とします。  
例：365日÷2=182.5→183（0.5は切上げ）

### (4)申請書の提出方法について

- ①ケアマネジャーが、計画を立てた結果、利用日数が半数を超えそうと判断したら、高齢者支援課介護サービス担当に相談してください。
  - ②ケアマネジャーが本人の意向に基づき申請します。
- ※1回の要介護認定等有効期間ごとに申請が必要です。  
※ケアマネジャーが変更となった場合は再度申請が必要となります。

### (5)決定通知について

承認の場合、決定通知書によりケアマネジャーに通知します。

(第1号様式)

短期入所の要介護認定等有効期間のおおむね半数を超える利用理由届出書

武蔵野市長 殿

申請日 年 月 日

下記の被保険者について、短期入所の利用日数が要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える利用を居宅サービス計画に位置付けることについて、下記のとおり届け出ます。

届出者(担当ケアマネジャー等)		所属事業者名称	
所属事業者所在地			
電話番号 ( )			
被保険者番号			
(フリガナ)		生年月日	性別
被保険者氏名		明・大・昭	男・女
被保険者住所		電話番号 ( )	
要介護度		認定有効期間	
		年 月 日～	年 月 日
有効期間内における短期入所利用歴			
年 月 日～	日( 日間)	年 月 日～	日( 日間)
年 月 日～	日( 日間)	年 月 日～	日( 日間)
年 月 日～	日( 日間)	年 月 日～	日( 日間)
年 月 日～	日( 日間)	年 月 日～	日( 日間)
年 月 日～	日( 日間)	年 月 日～	日( 日間)
年 月 日～	日( 日間)	年 月 日～	日( 日間)
届け出理由(対象要件)該当するもの(1)～(3)に○をつけ、必要事項を記入する。			
1. 本来は介護保険施設等での長期的介護が必要にもかかわらず入所・入院ができずに待機状態であり、 (1)本人の心身状況により、独居で在宅生活が困難である。 (2)主たる介護者が死亡、および疾病、傷病、入院等で単独生活が困難である。 (3)その他 ( 具体的理由 )			
2. 入所を申し込んでいる介護保険施設名 ( )			

市記入欄						收受印
有効期間等確認						
既利用済短期入所日数(保険内)	日					
決定区分	決定通知書送付	係	主任	係長	課長	受付
承認 ・ 不承認	年 月 日					

(第1号様式)

短期入所の要介護認定等有効期間のおおむね半数を超える利用理由届出書

武蔵野市長 殿

申請日 年 月 日

下記の被保険者について、短期入所の利用日数が要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える利用を居宅サービス計画に位置付けることについて、下記のとおり届け出ます。

届出者(担当ケアマネジャー等)		所属事業者名称	
所属事業者所在地			
電話番号 ( )			
被保険者番号			
(フリガナ)		生年月日	性別
被保険者氏名		明・大・昭	男・女
被保険者住所			
要介護度	認定有効期間	月ごとに記載すること ( )	
	年 月 日～ 年 月 日		
有効期間内における短期入所利用歴			
年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)
年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)
年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)
年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)
年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)
年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)	年 月 日～ 日 ( 日間)
届け出理由(対象要件)該当するもの(1)～(3)に○をつけ、必要事項を記入する。			
<p>1. 本来は介護保険施設等での長期的介護が必要にもかかわらず入所・入院ができずに待機状態であり、</p> <p>(1) 本人の心身状況により、独居で在宅生活が困難である。</p> <p>(2) 主たる介護者が死亡、および疾病、傷病、入院等で単独生活が困難である。</p> <p>(3) その他</p> <p>具 体的理由</p> <p>あてはまるものに○をつける</p> <p>必ず記載すること</p>			
2. 入所を申し込んでいる介護保険施設名			

市記入欄

有効期間等確認						收受印
既利用済短期入所日数(保険内)	日					
決定区分	決定通知書送付	係	主任	係長	課長	
承認 ・ 不承認	年 月 日					受付

NO. 14	帳票名:「厚生労働大臣が定める回数」以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付けている居宅サービス計画の届出書
担当:介護保険係 介護サービス担当	

## 1 概要

### (1)概要

利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、訪問介護(生活援助中心型サービス)が通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検討を行う。

本市では、届出がされた居宅サービス計画については、武蔵野市ケアプラン指導研修事業において検証する。

なお、本届出は訪問介護の利用制限を目的とするものではなく、利用者の自立支援にとってより良いサービスとするため、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すことを目的としている。

### (2)届出の対象

以下の回数以上の訪問介護の生活援助中心型サービスを位置付けたものについて、翌月の末日までに届出を行う。(例:10月に作成し、同意を得たもの→11月末日までに届出)

#### ■厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護(1月あたり)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

※身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合の回数は含まない。

※月変更で要介護度が変更となる場合には、より多い回数を基準とする。

### (3)提出書類

①「厚生労働大臣が定める回数」以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付けている居宅サービス計画の届出書

②居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」の写し

※居宅サービス計画書「第1表」は、利用者へ交付し同意があるもの

※居宅介護支援経過「第5表」は、生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみ  
の提出で可

③訪問介護計画書の写し

※指定居宅介護支援事業所(介護支援専門員)が訪問介護事業所から提供を受けたもの

## 2 備考

### (1)注意点

一度検証したケアプランについては、1年後に再度提出する。

**「厚生労働大臣が定める回数」以上の訪問介護(生活援助中心型)を  
位置付けている居宅サービス計画の届出書**

武蔵野市長 殿

申請日 年 月 日

以下のとおり、「厚生労働大臣が定める回数」以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置づけた居宅サービス計画を作成したため届け出ます。

届出者(担当ケアマネジャー等)		所属事業者名称			
所属事業者所在地					
電話番号 ( )					
被保険者番号					
(フリガナ)		生年月日	性別		
被保険者氏名		明・大・昭	男・女		
		年 月 日			
被保険者住所					
電話番号 ( )					
要介護度	認定有効期間				
	年 月 日～ 年 月 日				
訪問介護利用開始日	1月あたりの訪問介護(生活援助中心型)提供回数				
年 月 日	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
厚生労働大臣の定める回数	27回	34回	43回	38回	31回
訪問介護サービス提供事業者					

居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける必要性

市記入欄

<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」の写し <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し	収受印			
	係	主任	係長	課長
				受付

NO. 15	帳票名:居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等に係る届出書
担当:介護保険係 介護サービス担当	

## 1 概要

### (1)概要

利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、「サービスの合計単位数が区分支給限度基準額に占める割合」や「訪問介護に係る合計単位数がサービスの合計単位数に占める割合」が基準に該当する場合に、ケアプランを市町村が確認し、ケアプラン指導研修等により検討を行う。

※本届出は介護サービスの利用制限を目的とするものではなく、利用者の自立支援にとってより良いサービスとするため、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すものである。

### (2)目的

#### ①居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証

より利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげられるケアプランの作成に資することを目的とし、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促す。

#### ②高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホーム等における適正なサービス提供を確保するため、介護サービスが入居者の自立支援や重度化防止の観点から点検・検証を行う。

### (3)届出の対象

令和3年10月1日以降に作成又は変更したケアプランのうち、次に該当し、市が指定するもの。

#### ① 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証

区分支給限度基準額の利用割合が7割以上かつ、利用サービスの6割以上が訪問介護サービス

#### ② 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

区分支給限度基準額の利用割合、利用サービス種類とその利用割合を踏まえて市が指定するもの。

### (4)提出書類

①居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等に係る届出書

②居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」の写し※「第1表」は、利用者へ交付し同意があるもの

③訪問介護計画書の写し※訪問介護事業所から提供を受けたもの

## 2 備考

### 【検証の流れ】

① 市が居宅介護支援事業所にケアプランの提出依頼に係る通知を送付

② 通知を受けた居宅介護支援事業所は、指定のケアプランを提出

③ 市は、直近の武蔵野市ケアプラン指導研修事業において検証

④ 結果を居宅介護支援事業所に通知（書面又は対面）

⑤ 居宅介護支援事業所は検証結果を踏まえてケアプランの再検討を行うとともに、事業所内において同様・類似の内容で作成しているケアプランの内容についても再検討を行う。

※検証の結果によっては、市へ状況の報告（ケアプラン見直し状況報告書）を求める場合がある。

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等に係る届出書

武蔵野市長 殿

申請日 年 月 日

以下のとおり、居宅介護支援事業所単位で、区分支給限度基準額の利用割合が7割以上かつその利用サービスの6割以上を訪問介護が占める居宅サービス計画であるため、届け出ます。

届出者(担当ケアマネジャー等)				所属事業者名称												
所属事業者所在地																
東京都武蔵野市												電話番号 ( )				
被保険者番号		0	0	0	0					被保険者氏名						
要介護度 ※○をつけてください		要介護 1 2 3 4 5					認定有効期間									
							年 月 日～				年 月 日					
訪問介護利用開始日						1月あたりの訪問介護(生活援助中心型)提供回数										
年 月 日						要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		
訪問介護サービス提供事業者																
区分支給限度基準額の利用割合が7割以上で、かつ、その利用サービスの6割以上に訪問介護サービスを位置付ける理由																

市記入欄

<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」の写し <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し				収受印							
				係	主任	係長	課長				

## ケアプラン見直し状況報告書

居宅介護支援事業所名		居宅サービス計画書作成者氏名	
フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
		要介護度	要介護 ( )
見直しの結果	<input type="checkbox"/> ケアプランを変更した		
	※変更の内容 ( )		
	(添付書類)		
	チェック欄	書類の名称	注意事項
		「第1表」居宅サービス計画書(1)	利用者へ交付し署名があるもの
		「第2表」居宅サービス計画書(2)	
		「第3表」週間サービス計画書	
		「第4表」サービス担当者会議の要点	
		「第5表」居宅介護支援経過	変更記載がある箇所のみで可
		「第6表」サービス利用票	
	「第7表」サービス利用票別表		
	訪問介護計画書		
<input type="checkbox"/> ケアプランを変更していない			
※変更しなかった理由 ( )			
(添付書類)			
チェック欄	書類の名称		
	再検討の内容が確認できる書類 (「第4表」サービス担当者会議の要点、「第5表」居宅介護支援経過 等)		

**【提出先】**

武蔵野市健康福祉部高齢者支援課 介護サービス担当

NO. 16	帳票名:介護保険負担限度額認定申請書、同意書
担当:介護保険係 給付担当	関連ページ: p.8

## 1 概要

### (1)概要

要支援・要介護認定を受けて介護保険施設に入所・入院している方や、ショートステイを利用している方は、1割～3割の介護サービス費用のほかに、居住費と食費を負担します。この居住費と食費は全額自己負担となりますが、負担限度額認定の基準に該当する方は、申請により負担が軽減されます。

### (2)対象者

- ・次のⅠからⅣの条件をすべて満たしている方

Ⅰ 要介護・要支援認定を受けている方

Ⅱ 住民税非課税世帯の方

Ⅲ 配偶者が住民税非課税の方（住民票上別の世帯の配偶者・内縁関係の者も含む）

Ⅳ 預貯金や有価証券等の金額が以下の基準を満たす方

第1段階：単身 1,000万円以下、夫婦 2,000万円以下

第2段階：単身 650万円以下、夫婦 1,650万円以下

第3段階①：単身 550万円以下、夫婦 1,550万円以下

第3段階②：単身 500万円以下、夫婦 1,500万円以下

- ・生活保護受給者

※給付制限を受けている方は対象外

### (3)提出書類

- ①申請書 ②同意書 ③本人、配偶者の通帳の写しなどの預貯金等が確認できる書類

### (4)有効期限

認定された場合、申請した月の初日から負担限度額の適用を受けることができます（それ以前の方は適用を受けられません）。有効期限は毎年7月31日までとなります。

### (5)更新申請

有効期限終了の前に更新申請をしていただき、認定基準に該当するか審査します。更新時期になりましたら、あらかじめ市からお知らせをお送りします。

### (6)提出先

高齢者支援課 介護保険係

## 2 備考

### (1)注意点

施設等利用する場合の負担限度額や添付書類等詳細は「介護保険負担限度額認定のご案内」「記入例」をご覧ください。

# 介護保険負担限度額認定のご案内

要介護認定を受けて、介護保険施設へ入所する、もしくはショートステイを利用する際にかかる居住費と食費は全額自己負担となります。しかし、以下の認定要件に該当する方は、申請により負担が軽減されます。（1割、2割または3割の介護サービス費用等は別途負担有）

## 対象となるサービス

- ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ・介護老人保健施設（老人保健施設）
- ・介護医療院
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（地域密着型特別養護老人ホーム）
- ・短期入所生活介護／介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
- ・短期入所療養介護／介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）

## 認定要件

次の要件のいずれにも該当する方

- (1) 被保険者本人の属する世帯の全員および配偶者が**住民税非課税**  
（配偶者は、住民票上別の世帯に属する配偶者、内縁関係も含まれます）
- (2) 預貯金や有価証券等の合計金額が、  
第1段階の方は、 単身 1,000万円、夫婦 2,000万円以下  
第2段階の方は、 単身 650万円、夫婦 1,650万円以下  
第3段階①の方は、 単身 550万円、夫婦 1,550万円以下  
第3段階②の方は、 単身 500万円、夫婦 1,500万円以下

※2号被保険者（40歳以上65歳未満）の方は、単身 1,000万円、夫婦 2,000万円以下

※どの段階にあたるかは、下記の表を参照してください。

## 居住費・食費の負担限度額（日額）

負担段階	対象者	居住費					食費	
		ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	従来型個室（特養等）	従来型個室（老健・医療院等）	多床室	施設サービス	ショートステイ
第1段階	老齢福祉年金受給者の方 生活保護受給者の方	880円	550円	380円	550円	0円	300円	300円
第2段階	「年金収入額(※1)」と「合計所得金額(※2)」の合計から「公的年金等に係る雑所得金額」を除いた金額が80万円以下の方	880円	550円	480円	550円	430円	390円	600円
第3段階①	「年金収入額(※1)」と「合計所得金額(※2)」の合計から「公的年金等に係る雑所得金額」を除いた金額が80万円超、120万円以下の方	1,370円	1,370円	880円	1,370円	430円	650円	1,000円
第3段階②	「年金収入額(※1)」と「合計所得金額(※2)」の合計から「公的年金等に係る雑所得金額」を除いた金額が120万円超の方	1,370円	1,370円	880円	1,370円	430円	1,360円	1,300円
基準費用額 (実際の金額は施設との契約によります。)		2,066円	1,728円	1,231円	1,728円	437円 (※3)	1,445円	1,445円

※1 年金収入額には、非課税年金（遺族年金及び障害年金）を含みます。遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。個人年金保険を受給している方は、当該年金収入から必要経費（原資）を差し引いた額が雑所得になる場合がございますので、確定申告、もしくは住民税の申告をお願い致します。

※2 収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額。ただし介護保険では、合計所得金額から「分離課税所得に係る長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額」を差し引いた後の金額を用います。また、平成30年度税制改正の影響が生じないよう、給与所得金額から10万円を限度とした控除を行っています。

※3 特養等の多床室の基準費用額は915円です。

老健・医療院（室料を徴収しない場合：現行）の多床室の基準費用額は437円です。

ただし、令和7年8月以降、老健・医療院（室料を徴収する場合）の多床室の基準費用額は697円になります。

申請に必要なもの

●介護保険負担限度額認定申請書 ●同意書

●本人、配偶者の通帳の写しなどの預貯金等が確認できる書類

※申請書と同意書は、市のホームページにてダウンロードできます。

※生活保護受給者の方は預貯金等が確認できる書類は不要です。

※預貯金に含まれるもの及び必要な添付書類（預貯金等が確認できる書類）は以下の表のとおりです。

預貯金に含まれるもの	確認方法（添付書類）
預貯金（普通・定期）	<p>ご本人および配偶者の保有しているすべての預貯金通帳の写し（インターネットバンクであれば口座情報及び口座残高ページの写し等）及び関連書類（以下①～⑤の部分）の提出をお願いします。</p> <p>① 表紙をめくった最初の見開きページ（金融機関・支店・名義人等）                  ② 年金の受給状況が確認できるページ                  ③ 最新の口座残高のページ（申請日から2カ月前までの期間に記帳）                  ※2カ月以内に記帳しても「入出金が無い」等の理由で記帳されない場合は、余白に「〇月〇日記帳」と記入してください。                  ④ 定期預金がある場合は、定期預金の残高が確認できるページ                  ⑤ 通帳の記載の中で10万円以上のお引き出しがある場合、領収証の写し等、使途が確認できるもの</p> <p><b>※複数回の引き出し額の合計が10万円以上になる場合を含みます。</b>  <b>※提出がない限りは原則として「手持ち資産」として判定を行います。</b></p>
有価証券 （株式・国債・地方債・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評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
現金（タンス預金など）	自己申告
負債（借入金・住宅ローン等）	借用証書等

※預貯金等に含まれないものは、生命保険・自動車・腕時計・時価評価額の把握が難しい貴金属（宝石等）  
 ・絵画・骨董品・家財等となります。

**※不正に負担軽減を受けた場合には、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頂くことがありますので、通帳等の写しを添えて正しく申告してください。**

申請方法

武蔵野市役所 高齢者支援課 介護保険係の窓口で申請頂くか、郵送での申請をお願いします。

◆市政センター窓口では申請は受け付けていませんのでご注意ください。

認定された場合

認定された方には「介護保険負担限度額認定証」をお送りします。

負担限度額認定証は**必ず施設にご提示ください**。提示しない場合、負担限度額の適用を受けられません。

認定された場合、申請した月の初日から負担限度額の適用を受けることができます（それ以前の分は適用を受けられません）。有効期限は**毎年7月31日まで**です。

また、**認定後、預貯金等の合計額が基準額を超えた場合や市民税課税世帯となった場合、配偶者が課税になった場合等、認定要件を満たさなくなった際は対象外となりますので、必ず下記問合せ先までご連絡ください。後日判明した場合、対象外期間の「施設の通常料金との差額」を請求する可能性があります。**

その他

- ・武蔵野市に転入された方は、非課税証明書が必要になる場合があります。
- ・施設入所により生計が困難な方のための負担軽減制度もございますので、高齢者支援課までご相談ください。

**問合せ・申請(郵送)先**

**武蔵野市役所 高齢者支援課 介護保険係**

**☎0422-60-1845(直通)**

**〒180-8777武蔵野市緑町2-2-28**

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

武蔵野市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、居住費(滞在費)・食費に係る負担限度額認定を申請します。

被保険者	フリガナ											個人番号										
	被保険者氏名											被保険者番号										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日																	
	住 所											電話番号										
	入所した介護保険施設の名称											電話番号										
	入所年月日	年	月	日	サービス種別	特養 ・ 老健 ・ 医療院 ・ ショートステイ																

配偶者の有無	有 ・ 無 ※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											個人番号										
	氏 名											電話番号										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	課税状況	市町村民税		課税 ・ 非課税													
	住 所																					
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)																					

収入等に関する申告  (いづれかに「レ」を入れてください)	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計から公的年金等に係る雑所得金額を除いた金額が																		
	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下、かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下																		
	<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下																		
	<input type="checkbox"/> 年額120万円超、かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下																		
	<input type="checkbox"/> その他(生活保護受給者・市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者)																		
<input type="checkbox"/> 第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)であって、市町村民税非課税世帯かつ預貯金等の合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下																			
非課税年金受給状況	遺族年金 (寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)	有 ・ 無	「有」の場合、受給しているすべての非課税年金に○をつけてください。 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済													障害年金	有 ・ 無		
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債等)	円													

申請内容についてのお問い合わせ先(ご本人の場合は記入不要です。)

連絡先氏名	本人との関係	電話番号
-------	--------	------

- 注意事項**
- 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または内縁関係の者を含みます。
  - 負担限度額の算定にあたり、公簿等により所得状況等の確認を行います。
  - 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てください。また、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを別途添付してください。
  - 虚偽の申告により不正に特定入所者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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

＜市記入欄＞

上記の申請に基づき、以下のとおり決定する。

交付年月日	令和 年 月 日
適用年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

生保	老齢福祉年金	世帯人数	課税状況	合計所得金額+年金収入額
有・無	有・無	人	課税・非課税	- 80・80 - 120・120 -
配偶者	課税状況	預貯金等		
有・無	課税・非課税	万円(夫婦 万円)以下・超		
利用者負担段階	申請入力	決定入力	※支1・2 / 介1・2・3・4・5	
第 段階 / 却下				

収受印
-----

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 その他( )	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( ) 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者印
------	---	------	---	------

# 記入例 (裏面有)

## 介護保険負担限度額認定申請書

個人番号(マイナンバー)が分かる方は記入してください。(未記入の場合は市で確認します。)個人番号を記入した方は、下に記載の書類(★)を添付してください。  
※配偶者欄の個人番号記入についても同様

武蔵野市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、居住費(滞在費)・食費に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	フリガナ	個人番号	0000000000000000
被保険者氏名	〇〇□□	被保険者番号	000000000000
生年月日	明・大・昭 12年 3月 4日	入所施設名(予定も含む)と電話番号を記入してください。入所していない場合は空欄で構いません。	0422-60-0000
住所	〒180-0012 武蔵野市緑町2丁目2番28号	電話番号	0422-××-××××
入所した介護保険施設の名称	介護老人保健施設 ムサシノハウス	サービス種別	特養・老健・医療院・ショートステイ
入所年月日	令和5年〇月〇日		

配偶者の有無	有・無	配偶者(別世帯の配偶者や内縁関係も含みます)の有無に〇をしてください。「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。※配偶者が課税者の場合は制度の対象外となります。	
フリガナ	フリガナ		
氏名	〇〇△△		
生年月日	明・大・昭 12年 1月 1日	課税状況	市町村民税 課税・非課税
住所	〒180-0012 武蔵野市緑町2丁目2番28号		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			

収入等に関する申告	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計公的年金等に係る雑所得金額を除いた金額が		
<input checked="" type="checkbox"/>	年額80万円以下、かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下		
<input type="checkbox"/>	年額80万円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下		
<input type="checkbox"/>	年額120万円超、かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下		
<input type="checkbox"/>	その他(生活保護受給者・市町村民税非課税世帯)		
<input type="checkbox"/>	第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の預貯金等の合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		
非課税年金受給状況	遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) 有・無	「有」の場合、受給しているすべての非課税年金に〇をつけてください。日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済	障害年金 有・無
預貯金等に関する申告	預貯金額 1,234,456 円	有価証券(評価概算額) 50,000 円	その他(現金・負債等) 300,000 円

保有しているすべての通帳等の預貯金残高(普通・定期)の合計金額を必ず記入してください(配偶者がいる場合は、夫婦の合計額)。0円の場合でも「0」を記入してください。  
※被保険者本人及び配偶者の保有する全ての預貯金通帳等の写しが必要となります。  
※有価証券等がある場合、申請時点の評価額が確認できる書類の写しを添付してください。(ウェブサイトの写しも可)

連絡先氏名	〇〇△△	本人との関係	夫	電話番号	0422-××-×××× 090-××××-××××
-------	------	--------	---	------	-------------------------------

申請内容についての連絡先氏名・関係・電話番号(なるべく日中連絡できる電話番号)を記入してください。

(3) 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てください。また、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを別途添付してください。

(4) 虚偽の申告により不正に特定入所者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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

★個人番号(マイナンバー)を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください(未記入の場合は添付不要です)。

〈番号確認のため〉①個人番号カード(マイナンバーカード)、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの1点

〈本人確認のため〉②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点

又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点

(個人番号カードは①②の両方を満たします。個人番号カードの両面の写しを添付してください。)

## 同意書

武蔵野市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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の残高等について、報告を求めることに同意します。

また、武蔵野市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

被保険者本人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

配 偶 者     有         無    ※無の場合は以下の記入は不要です。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

## 提出に必要な通帳の写し及び関連書類の例

残高の多寡にかかわらず、被保険者本人及び配偶者の保有する全ての通帳の写し（以下①～④の部分）を必ず添付してください。必要な方は⑤も添付してください。

※生活保護受給者の方は不要です。

〇〇銀行 総合口座  
店番号●●● 口座番号●●●●●●  
●●● ●●● 様

### ① 表紙をめくった最初の見開きページ

（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が記載されたページ）

※ゆうちょ銀行の場合は、見開きのページ下部に支店名と口座番号が記載されています。

### ② 年金の振込先に指定されている口座の場合、 年金が振り込まれていることが確認できるページ

※「③最新の残高が確認できるページ」と同じページに年金の振込記録がある場合は、別途コピーしていただく必要はありません。  
※遺族年金等、複数の年金を受給されている方は、すべての種類の年金の履歴が記載されているか確認してください。

●● ●●●● ●●●●●●●●  
●● ●●●● ●●●●●●●●  
○月○日 年金 △△円  
○月○日 年金 ○○円  
●● ●●●● ●●●●●●●●

●● ●●●● ●●●●●●●●  
●● ●●●● ●●●●●●●●  
●● ●●●● ●●●●●●●●  
●● ●●●● ●●●●●●●●

### ③ 最新の残高が確認できるページ

（最終記帳が申請日から2カ月前までの期間のもの）

※申請日から2カ月前までの期間に記帳しても「入出金が無い」等の理由で記帳されない場合は、余白に「○月○日記帳」と記入してください。

●● ●●●● ●●●●●●●●  
●● ●●●● ●●●●●●●●  
○月○日 振込 △△円

### ④ 定期預金がある場合は定期預金の残高が確認できるページ

同じ通帳に定期預金もある場合は、定期預金のページについても、残高が確認できる写しを提出してください（定額・貯蓄・積立貯金等がある場合も同様にお願致します）。

### ⑤ 通帳の記載の中で10万円以上の引き出しがある場合、使途が分かる領収証の写しなど

物品等の購入に要した費用に関する領収証又は引き出した金額の所有権が他人に移ったことを証する書類（契約書や覚書の写し等）を提出してください。

※複数回の引き出し額の合計が10万円以上になる場合を含みます。

※提出がない場合は手持ち資産として「現金等」に算入します。

## ●注意事項

通帳の名義が成年後見人等になっている場合は、後見人であることが証明できる書類（登記事項証明書の写し）を提出してください。保佐人・補助人の場合は、代理行為目録の写しもご提出ください。

NO. 17	帳票名:介護保険高額介護(介護予防)サービス費兼高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書
担当:介護保険係 給付担当	

## 1 概要

### (1) 概要

利用者の所得や世帯の課税状況に応じて、1か月に利用した介護（介護予防）サービスの利用者負担額に上限額を設けており、利用者負担額が上限額を超えた場合、その差額を高額介護（介護予防）サービス費として支給します。

支給要件に該当する方には、市よりサービス利用月の3か月後を目安に申請書等を送付します。申請書を提出したサービス利用月以降の月で該当した場合は、申請書で指定された口座に自動で振込みます。

また、総合事業（訪問型サービス、通所型サービス）の利用者負担額と、高額介護（介護予防）サービス費適用後の介護（介護予防）サービスの利用者負担額の合計が上限額を超えた場合は、その差額を高額介護予防サービス費相当事業費として支給します。

高額介護（介護予防）サービス費と同様に初回のみ申請が必要です。該当する方には市から申請書等を送付します。利用者負担額の上限額は高額介護（介護予防）サービス費と同じです。

### (2) 対象者

1か月に利用した介護（介護予防）サービスの利用者負担額が、所得や課税状況に応じて定められている上限額を超えた方。

※給付制限を受けている方は対象外

### (3) 提出期限

申請書の送付日の翌日から起算して2年以内（2年を経過したものは時効により支給できません）。

### (4) 提出先

高齢者支援課 介護保険係

## 2 備考

### (1) 注意点

- ① 申請書中段の申請者欄は被保険者のお名前をご記入ください。申請日時点で被保険者がお亡くなりになられている場合は、介護保険係にお問い合わせください。
- ② 銀行口座にゆうちょ銀行を使う場合は、外部金融機関からの振込口座の記載をお願いいたします。通帳の見開き下部に振込用の口座情報が記載されています。  
(支店名 漢数字3ケタ 例：0一八 など)
- ③ 被保険者が名義人となっている口座以外の口座に振込みを希望される場合は、委任状の提出が必要になります。

# 高額介護(介護予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費 制度に関するご案内

## ●高額介護(介護予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費とは

◇1か月に利用した介護保険サービス、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者負担額が上限額を超えた場合、その差額を支給する制度です。

区分	上限額
住民税課税世帯の方(※1)	
課税所得 690 万円以上の方 (年収約 1,160 万円以上の方)	140,100 円
課税所得 380 万円以上 690 万円未満の方 (年収約 770 万円以上約 1,160 万円未満の方)	93,000 円
課税所得 380 万円未満の方 (年収約 770 万円未満の方)	44,400 円
住民税非課税世帯の方	
以下①②に該当しない方	24,600 円
①「課税年金収入額」+「合計所得金額(※2)」-「公的年金等に係る雑所得金額」が 80 万円以下の方	個人 15,000 円
②老齢福祉年金を受給している方	個人 15,000 円
生活保護の被保護者等	個人 15,000 円
15,000 円への減額により 生活保護の被保護者とならない場合	15,000 円

※1 課税世帯の方は、本人または同一世帯にいる 65 歳以上の方の課税所得の金額で判定します。

※2 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後の金額のことで、基礎控除や人的控除等の控除をする前の金額です。ただし、介護保険では、合計所得金額から「分離課税所得に係る長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額」を差し引いた後の金額を用います。また、平成 30 年度税制改正の影響が生じないよう、給与所得金額及び年金所得金額の片方または両方から 10 万円を限度とした控除を行っています。

## ●利用者負担の上限額 (1か月に自己負担する額の上限)

◇上限額は、サービスを利用した月の1日時点の世帯の住民税課税状況等によって決まります。

◇高額介護(介護予防)サービス費及び高額介護予防サービス費相当事業費は世帯で算定されます。

## ●利用者負担額となる費用

◇住宅改修費・福祉用具購入費を除く介護保険サービス、介護予防・日常生活総合事業の利用者負担額部分(利用料の1～3割)が算出の対象となります。食費・居住費・理美容代などの日常生活費は算出の対象となりません。

※サービス提供事業所からの請求実績を基に支給額を決定するため、領収書等での支払い金額の確認は行っておりません。実際にお支払いになった金額と相違がございましたら、下記までご連絡ください。

### 問い合わせ

武蔵野市役所 高齢者支援課 介護保険係  
電話 0422-60-1845(直通)

# 高額介護(介護予防)サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費 申請手続きに関するご案内

1か月に利用した介護保険サービス、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者負担額が上限額を超えた場合、その差額を支給します(介護保険料を滞納し、給付制限を受けている方は支給の対象になりません)。

高額介護サービス費の支給を受けるには申請が必要です。本案内及び別紙制度のご案内をご確認の上、同封の申請書を提出してください。

## ●支給の対象となる期間

サービス利用月から2年以内。

2年が経過した分は時効となり支給が受けられなくなりますので、お早めにご申請ください。

## ●申請の方法

◇申請書持参の場合…下記の①～③(①～⑤)をもって武蔵野市役所 高齢者支援課にお越しください。  
市政センターでは受付できません。

### 必要なもの

- ① 介護保険高額介護(介護予防)サービス費兼高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書
- ② 被保険者の銀行口座が確認できるもの(預金通帳など)
- ③ 被保険者本人の印鑑(本人名義の口座をご指定の場合、なくても申請を受け付けます)

### 個人番号(マイナンバー)がわかる場合

- ④ 被保険者本人の個人番号確認書類 1点  
…個人番号カード、通知カードなど
- ⑤ 被保険者本人の本人確認書類 1～2点  
…顔写真付き証明証の場合⇒1点(個人番号カード、運転免許証、障害者手帳など)  
…顔写真無し証明証の場合⇒2点(介護保険被保険者証、医療保険証など)

※個人番号がわからない場合や書類の準備が難しい場合、④・⑤はなくても申請を受け付けます。

◇郵送の場合…間違いがないことをご確認の上、武蔵野市役所 高齢者支援課 介護保険係にお送りください。

### 送付するもの

- ① 介護保険高額介護(介護予防)サービス費兼高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

### 個人番号(マイナンバー)がわかる場合

- ② 被保険者本人の個人番号確認書類のコピー 1点  
…個人番号カード、通知カードなど
- ③ 被保険者本人の本人確認書類のコピー 1～2点  
…顔写真付き証明証の場合⇒1点(個人番号カード、運転免許証、障害者手帳など)  
…顔写真無し証明証の場合⇒2点(介護保険被保険者証、医療保険証など)

※個人番号がわからない場合や書類の準備が難しい場合、②・③は添付がなくても申請を受け付けます。

※別紙「記入例」を参考に記入してください。不備があった場合、再提出をお願いする可能性があります。

※被保険者本人名義の口座が無いなど特段の事情を除き、原則被保険者本人名義の口座をご指定ください。

被保険者以外の名義口座を指定する場合は委任状が必要になりますので、武蔵野市役所 高齢者支援課までご連絡ください。

※申請書が複数枚届く場合がありますが、市に提出する申請書は1枚で構いません。

※申請者や振込口座の名義が成年後見人、保佐人、補助人、任意後見人の場合、登記事項証明書の写しも添付してください。

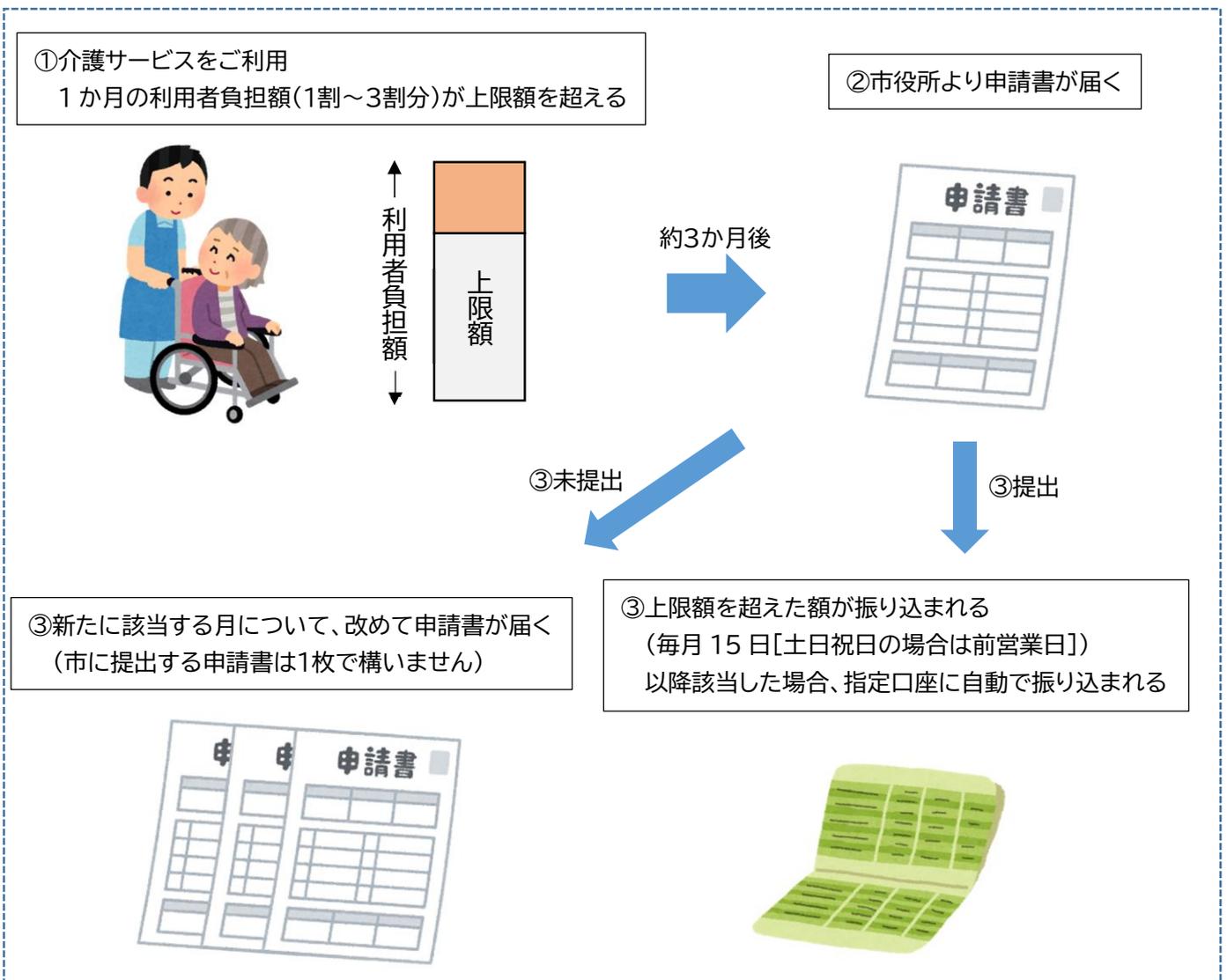
裏面もご確認ください。

## ●申請後の注意事項

- ◇振込口座を変更される場合は各書類の提出が必要です。武蔵野市役所 高齢者支援課にご連絡ください。
  - ①被保険者本人が亡くなられた場合…相続人代表者届の提出が必要となります。
  - ②その他振込口座を変更する場合…振込口座変更依頼書の提出が必要となります。
- ◇サービス利用月の4か月後まで支給を行う場合があります。指定の口座を閉鎖される場合はご注意ください。

## ●サービス利用から申請、振込までの流れ

- ◇上限額を超えた場合、サービスを利用してから約3か月後に申請書を送付します。ただし、サービス提供事業者の請求遅れや誤りによって、申請書の送付、支給が遅れる場合があります。
- ◇申請書が届きましたら、武蔵野市役所 高齢者支援課に提出してください。提出の時期により、支給まで最長1か月半ほどかかる場合があります。振込は毎月15日(土日祝日の場合は前営業日)に実施します。  
**※記載内容の誤りなどで振込が実施できない場合、振込が遅れることがあります。ご了承ください。**
- ◇申請書を提出後、新たに該当する月については、初回申請書で指定された口座に自動で振り込みます。申請書を未提出の場合、提出があるまで、新たに該当する月について改めて申請書を送付します。ただし、市に提出する申請書は1枚で構いません。



### 問い合わせ・郵送先

〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28  
武蔵野市役所 高齢者支援課 介護保険係  
電話 0422-60-1845(直通)

# 記入例

太枠で囲まれた箇所について、下記を参考に申請書に記入してください。

個人番号を記入した場合は  
●個人番号確認書類(1点)  
●本人確認書類(1~2点)  
のコピーを添付してください。  
個人番号がわからない場合は、  
空欄のままで構いません。

## 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書 兼高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

令和 ×年 ○月

記載されている  
内容について  
確認してください。

フリガナ	○○ △△	個人番号	0000000000
被保険者氏名	○○ △△	保険者番号	132035
生年月日	昭和□年×月☆日	被保険者番号	0000000000
		性別	男
住所	武蔵野市緑町2-2-28	電話番号	0422-60-1845
該当月分の 支払額合計	職員記入欄 ※記入不要		
同一世帯内の 介護保険の サービスを利用 されている 被保険者	氏名	生年月日	性別
	○○ ◆◆	明・大・昭 ◇◇年□月△日	男(女)
		明・大・昭 年 月 日	男・女

同一世帯で介護  
保険または総合  
事業のサービス  
を利用されている  
方がいる場合は、  
その方について  
記入してください。

該当する方の口に  
チェックを入れて  
ください。  
(どちらに該当する  
かは、同封のお知らせ  
のタイトルをご確認  
ください。)

武蔵野市長 殿

高額介護（介護予防）サービス費  
 高額介護予防サービス費相当事業費

被保険者の住所・氏名を必ず記入してください。  
※本人がお亡くなりになられた場合は相続人  
代表者の住所・氏名をご記入ください。また、  
相続人代表者届の提出をお願いします。

××年○月△日  
住所 武蔵野市緑町2-2-28 電話番号 0422-60-1845

申請者 (被保険者)  
氏名 ○○ △△

印

捺印してください。  
(本人名義の口座を指定する  
場合は、なくても構いません。)

日中連絡がとれる  
方の名前と連絡先  
を記入してください。

フリガナ 氏名	被保険者から 見た関係	連絡先 (なるべく日中連絡のつく所)
○○ **		
○○ **		

希望の受取口座の口にチェックを入れてください。  
※公金受取口座は、事前にマイナポータルから登録している方  
のみ利用可能です。

介護保険高額介護（介護予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費を下記の口座に振

受取口座

公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)  
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。

振込口座を指定する

武蔵	銀行	吉祥寺	本店	種目	口座番号
	信用金庫		支店	1普通預金	00000000
	信用組合		出張所	2当座預金	00000000
				3その他	00000000

フリガナ

フリガナを記入してください

口座名義人

○○ △△

原則、被保険者本人の口座を記入  
してください。  
※本人名義以外の口座を指定する  
場合は委任状の提出が必要となります。  
武蔵野市役所高齢者支援課までご連絡  
ください。

●ゆうちょ銀行を指定する際は、通帳見開き下  
部の「他の金融機関から振込を受ける際  
は・・・」と記載されている箇所をご参照  
ください(支店名=漢数字3文字)。  
●銀行の統廃合に伴い銀行名・支店名に  
変更がある場合は、新しい銀行名・支  
店名をご記入ください。

カード 身元 1点□個人番号カード□運転免許証□  
確認 2点□介護保険証□医療保険証□年令

給付制限 有・無

職員記入欄 ※記入不要

備

差引支給決定額 支払予定日 3 37,200円 ( )  
2 24,600円 ( )  
1 15,000円 ( )

令和 ×年 ○月 ○日

NO. 18	帳票名:高額医療合算介護(予防)サービス費の支給について
担当:介護保険係 給付担当	

## 1 概要

### (1)概要

同じ医療保険の世帯内で、1年間（毎年8月～翌年7月末）の医療と介護の利用者負担額の合計が上限額を超えた場合、申請により超えた分が支給される制度です。

上限額については、「高額医療合算介護（予防）サービス費の申請について」に記載してあります。

### (2)対象者

毎年8月～翌年7月末までの1年間の医療と介護の利用者負担額の合計が上限額を超えた方。

武蔵野市国民健康保険または後期高齢者医療制度の加入者のうち、本制度の対象となる方には毎年3月頃に勸奨通知をお送りします。

### (3)提出期限

医療保険者が勸奨通知を送付してから2年間。

※申請いただいてから支給額の再計算を行うため、申請書提出から支給までに3ヵ月から5ヵ月かかります。

### (4)提出先

加入している医療保険者の窓口

（武蔵野市国民健康保険または後期高齢者医療制度の加入者は、武蔵野市 保険年金課窓口）

自己負担額証明書の申請は、武蔵野市 高齢者支援課 介護保険係窓口

## 2 備考

### (1)注意点

①自己負担の上限額を超えた額が500円以下の場合には支給されません。

②同じ世帯でも、それぞれが異なる医療保険に加入している家族の場合は、合算できません。

# 高額医療合算介護(予防)サービス費の申請について

## ○制度の概要

世帯で1年間に利用した介護保険サービスの自己負担額と、加入されている医療保険で支払った自己負担額の合計が上限額を超えた場合、支払った金額の一部を高額医療合算介護(予防)サービス費として支給します。

例:  $\boxed{\text{介護サービスを利用して支払った自己負担額}} + \boxed{\text{医療機関の受診等で支払った自己負担額}} - \boxed{\text{上限額}} = \boxed{\text{支給額(介護と医療の自己負担比率に応じて按分した額がそれぞれ支給されます)}}$

高額医療合算介護(予防)サービス費は、基準日時点で同一世帯かつ同じ医療保険に加入している方の自己負担額を合計して算定されます。一人分では上限額を超えない場合でも、世帯の自己負担額の合計が上限額を超えれば、按分された高額医療合算介護(予防)サービス費が支給されます。

※基準日は毎年7月31日とし、年に一度支給額の算定を行います。

※同じ世帯でも、それぞれが異なる医療保険に加入している場合は合算されません。

## ○自己負担額となる費用

高額医療合算介護(予防)サービス費の算出対象となる介護保険の自己負担額とは、保険給付対象サービスの自己負担額のうち、武蔵野市介護保険利用者負担額助成事業および高額介護(予防)サービス費の支給額を差し引いてもなお残る自己負担の金額となります。

※住宅改修費、福祉用具購入費、施設サービスの食費・居住費、保険適用外の自己負担額は含まれません。

## ○対象となる方

計算期間(毎年8月～翌年7月末迄)中の介護保険・医療保険の利用者負担額の合計が、下表の上限額を超えた方。ただし、上限額を超えた額が500円未満の場合は支給されません。

## ○高額医療合算介護(予防)サービス費の利用者負担上限額(医療と介護の合算・年額)

上限額は、基準日時点の世帯状況・所得区分と加入している医療保険の区分を基に設定されています。

なお、所得区分については、基準日時点に加入している医療保険者へお問い合わせ下さい。

【70歳未満の方がいる世帯】

所得区分 (基礎控除後の総所得金額等)	上限額
901万円を超える世帯	212万円
600万円超～901万円以下の世帯	141万円
210万円超～600万円以下の世帯	67万円
210万円以下の世帯	60万円
住民税非課税世帯	34万円

(裏面あり)

【70 歳以上の方がいる世帯】

所得区分		70 歳以上または後期高齢者医療制度で医療を受ける方の上限額
現役並み所得者Ⅲ	課税所得 690 万円以上	212 万円
現役並み所得者Ⅱ	課税所得 380 万円以上	141 万円
現役並み所得者Ⅰ	課税所得 145 万円以上	67 万円
一般Ⅰ・一般Ⅱ	課税所得 145 万円未満	56 万円
住民税非課税世帯等	区分Ⅱ	31 万円
	区分Ⅰ	19 万円

※現役並み所得者とは、医療保険が3割負担の方です。

※区分Ⅱ…世帯全員が住民税非課税であり、区分Ⅰに該当しない方

※区分Ⅰ…世帯全員が住民税非課税であって、世帯の所得が一定基準以下の方及び老齢福祉年金受給者(公的年金のみの場合は 80 万円以下)

※区分Ⅰの世帯で、介護サービス利用者が複数いる場合は、介護保険分のみ区分Ⅱの上限額(31 万円)が適用されます。

### ○申請・問合せ先

基準日時点で加入している医療保険者が申請・問合せの窓口となりますので、医療保険者に申請書を提出してください。武蔵野市国民健康保険または後期高齢者医療保険の加入者のうち、本制度の対象となる方には毎年 3 月頃に勧奨通知をお送りします。

# 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

高額介護合算

申請対象年度	年度	申請区分	<input type="radio"/> 1. 新規 <input type="radio"/> 2. 変更 <input type="radio"/> 3. 取下げ	支給申請書整理番号
--------	----	------	--	-----------

フリガナ		生年月日	年月日生	個人番号 (マイナンバー)	加入期間
氏名					年 月 日から 年 月 日まで

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	国民健康保険資格情報 統柄	保険者名称
			1. 世帯主 2. 療養世帯主 3. 世帯員	

保険者番号	被保険者番号	後期高齢者医療資格情報 広域連合名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

保険者番号	被保険者番号	介護保険資格情報 保険者名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

支払方法	口座管理番号	振込口座 記入欄	種目	店舗コード	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	振込先口座 管理番号
口座振込			普通 当座 ( )				
保険者	1	加入期間	年 月 日から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄		
加入歴	2	年 月 日から 年 月 日まで					
	3	年 月 日から 年 月 日まで					

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛  
\_\_\_\_\_長 宛

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）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を申請します。  
 なお東京都の医療費助成の適用を受けた高額介護合算療養費がある場合、その申請の手続き及び受領については東京都知事に委任します。

※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。  
 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

年	月	日
郵便番号		
住所		
申請者氏名 (被保険者氏名)		
連絡先電話番号		

**委任欄** ※申請者以外の方が申請又は受領する場合は、以下に委任者の氏名、住所、電話番号、委任する相手方(代理人)の氏名、住所、委任者との関係等を代理人と定め、私（右の者）（代理人氏名） \_\_\_\_\_（代理人住所） \_\_\_\_\_（委任者との関係） \_\_\_\_\_）を代理人と定め、

高額介護合算療養費等本申請に係る次の権限を委任します。 [ ① 申請に関すること ② 受領に関すること ③ 申請及び受領に関すること ]

委任者氏名 \_\_\_\_\_ 委任者住所 \_\_\_\_\_ 委任者電話番号 \_\_\_\_\_

	枚中	枚目
--	----	----

＜ 記入上の注意事項等 : 高額介護合算療養費等支給申請について ＞

- (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、所得区分に応じた限度額を超えた場合、限度額を超えた額が「高額介護合算療養費」・「高額医療合算介護（予防）サービス費」として支給されます。医療分は「高額介護合算療養費」として医療保険者から支給され、介護分は「高額医療合算介護（予防）サービス費」として介護保険者から別々に支給されます。
- (2) 後期高齢者医療・介護保険資格情報欄については、原則として申請対象年度の計算期間末日（例：令和4年度申請の場合、令和5年7月31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. 擬制世帯主」とは、世帯員が国民健康保険の被保険者ですが、世帯主は国民健康保険の被保険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、保険者加入履歴欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称と加入期間を記載してください。また、以前に加入していた医療保険（介護保険）の自己負担額証明書添付する場合は、同証明書の整理番号も記載してください。添付する同証明書がない場合は、「添付なし」と記載してください。なお、申請対象年度の計算期間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欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給を同一口座で受け取りたい場合、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」に希望する振込先口座の口座管理番号を記載してください。  
（例）口座管理番号2の被保険者に対する支給を、口座管理番号1の被保険者口座に振り込みたい場合は、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄には記載せず、「振込先口座管理番号欄」に1と記載する。  
※その際、「口座管理番号2の被保険者」の申請書表面にある委任欄に記載が必要です（被保険者本人以外が受領するためです）。

(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（後期高齢者医療の場合は広域連合）の所在地、同医療保険者における計算期間内の受診歴（計算期間外の受診歴は記載不要です）
  - ② 健康保険組合等被用者保険の被保険者で、介護保険の被保険者
    - ・健康保険組合等の所在地、同保険者における計算期間内の受診歴（計算期間外の受診歴は記載不要です）
  - 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者（ただし、介護保険適用除外施設入所・転出により他保険者へ加入した資格喪失者を除く）
    - ・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（擬制世帯主）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、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いて、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）サービスの支給ができない場合があります。

＜ 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（申請対象年度西暦、平成の場合は“4”、令和の場合は“5”）＋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1から付番すること。
3. 保険者加入履歴に介護保険（総合事業）自己負担額証明書の情報（保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号）が記載されている場合、介護保険者においてのみ使用するため、医療保険者は、システムへの登録を行わないこと。  
なお、介護保険（総合事業）自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。  
「証明対象年度西暦（4桁）＋“98”＋保険者番号（6桁）＋保険者が付する通し番号（8桁）」

NO. 19	帳票名:武蔵野市介護保険利用者負担額助成申請書
担当:介護保険係 給付担当	

## 1 概要

### (1)概要

訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(注1)、第1号訪問事業のいずれかのサービスをご利用の方で、下記の要件を満たす方について、サービスの利用者負担額のうち、半額を償還払いで助成します。

対象と思われる方には、助成対象となった初回のみ市役所から申請書を送付致します。必要事項を記入し、返送してください。助成金の振込はサービス利用月の約3か月後の月末となります。

### (2)対象者(注2)

以下の要件にすべて該当する方

- ① 市民税非課税世帯に属する方
- ② 介護保険料を滞納していない方

### (3)提出期限

提出期限はありません。

ただし、助成金の支給は、サービス提供月の翌月1日を起算日として2年間で時効となりますので、ご注意ください。

### (4)提出先

高齢者支援課 介護保険係

## 2 備考

### (1)注意点

(注1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は訪問介護部分のみ対象となります。

(注2) 生活保護法に規定する介護扶助を受けている方、公費負担医療等の給付で訪問介護サービスの利用助成を受けている方は、この助成制度の対象外となります。

### (2)その他の事項

この助成制度は武蔵野市独自の制度であり、助成期間は令和6年4月1日から令和9年3月31日までとなります。

〒  
(住所)

様

## 武蔵野市介護保険利用者負担額助成事業申請のご案内

武蔵野市介護保険利用者負担額助成事業は、訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、第1号訪問事業について、介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）適用分の利用者負担額（費用額の1割）の半額が払い戻される制度です。（定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、訪問介護サービスのみに適用されます。）

下記の方は当事業の対象になると思われるので、同封の申請書にご記入の上、高齢者支援課に返送して下さい。

介護保険利用者負担額助成事業の詳細については同封の資料をご覧ください。

被保険者番号	被保険者氏名

<お問い合わせ・送付先>

〒180-8777

武蔵野市緑町2-2-28

武蔵野市役所高齢者支援課

介護保険係（担当：      ・      ）

電話 0422-60-1845

## 武蔵野市介護保険利用者負担額助成事業 ご案内

武蔵野市では、対象となる訪問系サービスをご利用された際の利用者負担額(10%)のうち、半額(5%)を助成します。助成を受けるには申請が必要です。

### ●対象となるサービス

- 訪問介護 ○夜間対応型訪問介護 ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問介護部分のみ)
- 第1号訪問事業(介護予防・日常生活支援総合事業)

### ●対象者

以下の①～②の要件にすべて該当される方

- ①市民税非課税世帯 ②介護保険料を滞納していないこと

※ただし、生活保護を受給されている方、原爆手帳をお持ちで対象サービスについて都の助成を受けている方、養護老人ホームへの措置入所により介護サービス利用者負担分の支弁を受けている方は、助成の対象外となります。

### ●助成額

介護費用の利用者負担額(10%)のうち半額(5%分)

### ●助成期間

令和6年4月1日～令和9年3月31日

### ●申請の方法

□申請書持参の場合:下記の①～②をご持参のうえ、武蔵野市役所 高齢者支援課にお越しください。

※市政センターでは受付できません。

#### 必要なもの

- ①武蔵野市介護保険利用者負担額助成申請書
- ②被保険者の銀行口座が確認できるもの(預金通帳など)

□郵送の場合:下記の書類を武蔵野市役所 高齢者支援課にお送りください。

#### 郵送するもの

- ①武蔵野市介護保険利用者負担額助成申請書

※申請書に不備があった場合、再提出をお願いすることになります。

別紙「記入例」を参考に必要事項を必ず記入してください。

### ●注意事項

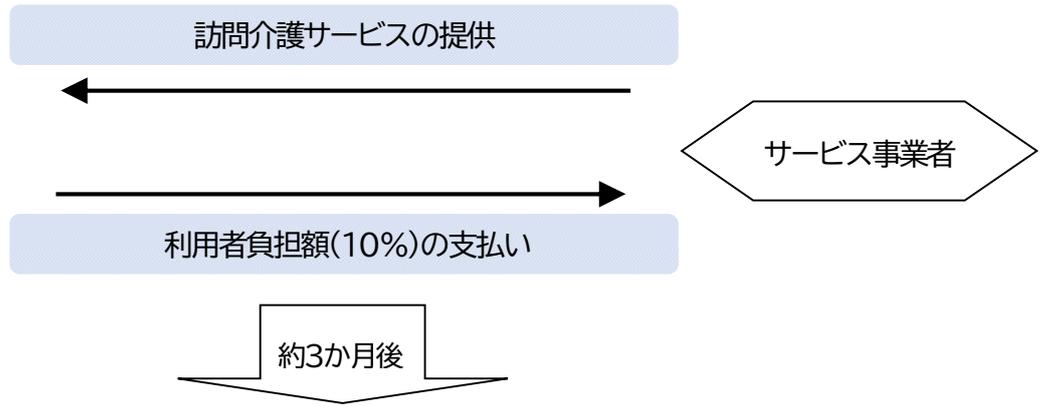
- 利用者負担額の助成は、償還払いとなります。サービス提供事業所には、介護費用の利用者負担額10%をお支払いください。
- サービス利用の翌々月に、助成の対象となる方と助成金額を決定します。助成対象となった初回のみ、申請書を送付します。必要事項を記入し、提出してください。
- 支払日や支給金額などが正式に決定しましたら、決定通知書をお送りします。サービス利用から支給までの流れは、裏面をご確認ください。

#### 問い合わせ・郵送先

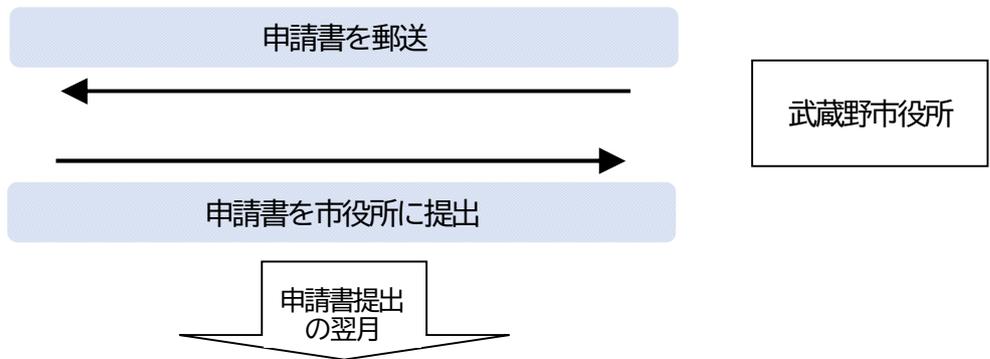
武蔵野市役所 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係  
〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28  
電話 0422-60-1845

# サービスの利用から助成金を受け取るまでの流れ

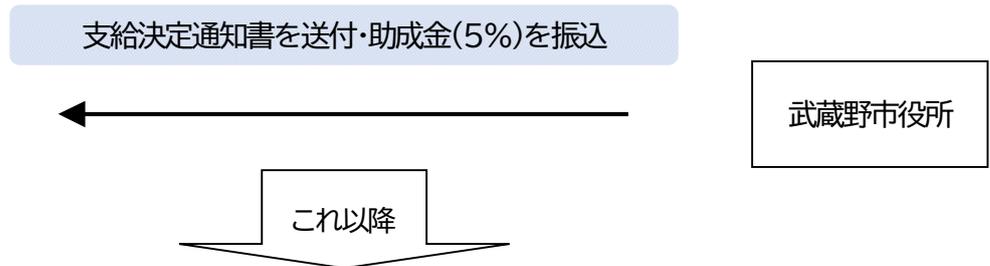
訪問介護を利用し、サービス事業者を利用者負担額を支払います。



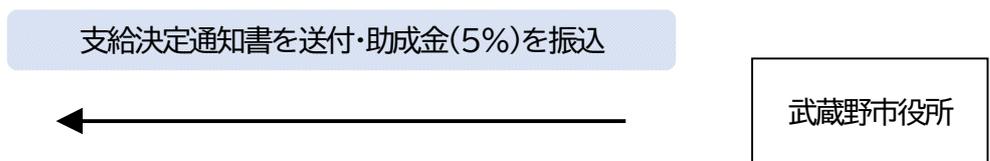
該当した初回のみ申請書が届きます。武蔵野市役所に申請書を提出します。



支給決定通知書が届きます。訪問介護の費用の5%分が助成金として振り込まれます。



2回目以降該当した場合は、初回申請の時に指定した口座に助成金が自動で振り込まれます。



2回目以降は利用者の方にお手続きいただくことはなく、自動で助成金が振り込まれます。ただし、初回申請時から振入口座を変更する場合は、以下の書類を提出してください。

- 被保険者本人が亡くなった場合・・・相続人代表者届の提出が必要となります。
- その他振込先の口座を変更する場合・・・口座変更依頼書の提出が必要となります。

記入例

## 武蔵野市介護保険利用者負担額助成申請書

フリガナ 被保険者 氏名	フリガナ ○○ △△	被保険者 番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生年月日	明大 ● 年 ● 月 ● 日 <small>昭</small>	電話番号	60-1845
住所	<b>武蔵野市緑町2-2-28</b>		
振込口座	○○ <small>銀行</small> △△ <small>本店</small> 普通 <small>預金</small> <small>信用金庫</small> <small>信用組合</small> <small>支店</small> <small>出張所</small> <small>その他</small>	口座番号	
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	口座名義人(フリガナ) <b>フリガナ ○○ △△ (被保険者名)</b>	
連絡先	氏名(フリガナ) <b>フリガナ ○○ □□</b>	続柄 <b>長男</b>	連絡先(日中連絡がとれるところ) <b>××-××××</b>
	武蔵野市長 殿  上記のとおり、武蔵野市介護保険利用者負担額助成を申請します。 なお、助成金の交付要件の確認等のために、公簿等で私の介護保険料の所得段階区分を確認することに同意します。  ××年 ○ 月 △ 日  住所 <b>武蔵野市緑町2-2-28</b> 被保険者 氏名 <b>○○ △△</b>		

注

- 1 記載内容に変更が生じた場合は、市へ至急連絡をお願いします。
- 2 本人名義の口座への振込みになります。本人名義の口座がない場合は市へご連絡ください。
- 3 ゆうちょ銀行に振り込む際には、通帳に記載されている他金融機関からの振込用店名及び口座番号をご記入ください。

市記入欄

	住民税 世帯課税状況	開始 . . . ~ . . . 終了	収受印
	課税・非課税		
	認定有効期間		
	振込口座入力	助成認定入力	受付

NO. 20	帳票名:地区別ケース検討会(参加・変更・辞退)届出書
担当: 地域包括支援センター	関連ページ: p.50

## 1 概要

### (1) 概要

地区別ケース検討会に新たに参加する場合や、登録している情報に変更等があった場合に提出してください。

### (2) 提出先

地域包括支援センター

※市役所 1 階の窓口を持参もしくは郵送で受け付けています。

## 地区別ケース検討会（参加・変更・辞退）届出書

ケアマネジャー氏名			※武蔵野市の 担当ケース数		※ 基礎資格	
主任ケアマネ資格	有・無	推薦自治体			取得年月日	
事業者名						
住所	〒					
連絡先	Tel.		Fax.			
メールアドレス						
新規・ 変更	参加 希望 地区	第1希望	東部第1・東部第2・中央第1・中央第2・西部第1・西部第2			
		第2希望	東部第1・東部第2・中央第1・中央第2・西部第1・西部第2			
変更・辞退の届け出の 場合、現在の所属		東部第1・東部第2・中央第1・中央第2・西部第1・西部第2				

※1 武蔵野市での担当ケースがない場合は、在宅介護・地域包括支援センターにご相談ください。

※2「基礎資格」欄は、介護支援専門員実務研修受講試験の際の受験資格を記入して下さい。

※3 原則として、同じ事業所に所属するケアマネジャーが複数いる場合には参加地区を別にしていただく  
ようお願いします。

※4 第1希望、第2希望については、参加者が多数の場合は調整させていただきます。

### 各地区のケース検討会開催予定表

地区	実施する在宅介護・地域包括支援センター	開催日	時間	備考
東部第1	ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センター	第3木曜日	16:00~18:00	
東部第2	吉祥寺本町在宅介護・地域包括支援センター	第3水曜日	15:00~17:00	
中央第1	高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター	第3金曜日	15:00~17:00	
中央第2	吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター	第2木曜日	15:00~17:00	
西部第1	桜堤ケアハウス在宅介護・地域包括支援センター	第3火曜日	14:30~16:30	市民会館
西部第2	武蔵赤十字在宅介護・地域包括支援センター	第3木曜日	15:00~17:00	武蔵野プレイス

ケース検討会に対する要望・取り組みたい課題・検討を希望するケースがあれば、以下にお書き  
下さい。

--

(令和7年1月改訂版)

#### ◆連絡先

武蔵野市 高齢者支援課 地域包括支援センター

Tel. 0422-60-1947 Fax. 0422-51-9218

NO. 21	帳票名:事故報告書
担当:介護保険係 介護サービス担当	関連ページ: 資料編 p.7

## 1 概要

### (1)目的

介護サービスの提供により事故が発生した場合に、速やかにサービス提供事業者から市へ報告が行われ、事故の速やかな解決及び再発防止に資することを目的としています。

### (2)報告すべき事故の範囲

事業者の責任の有無にかかわらず、介護サービスの提供に伴い発生した事故のうち、以下に該当するものです。

◆原因等が次のいずれかに該当する場合

- ①身体不自由又は認知症等に起因するもの
- ②施設の設備等に起因するもの
- ③感染症（新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等）、食中毒又は疥癬の発生
- ④地震等の自然災害、火災又は交通事故
- ⑤職員、利用者又は第三者の故意又は過失による行為及びそれらが疑われる場合
- ⑥原因を特定できない場合

◆次のいずれかに該当する被害又は影響を生じた場合

- ①利用者が死亡、けが等、身体的又は精神的被害を受けた場合
- ②利用者が経済的損失を受けた場合
- ③利用者が加害者となった場合
- ④その他、事業所のサービス提供等に重大な支障を伴う場合

■以下のいずれかに該当する場合は、上記に該当する場合を含め、報告を要しないものとします。

- ①利用者が身体的被害を受けた場合において、医療機関を受診することなく、軽微な治療のみで対応した場合
- ②利用者が身体的被害を受けて医療機関を受診又は入院した場合において、診察又は検査のみで、治療を伴わない場合
- ③老衰等、事業者、利用者及び第三者の責に帰さない原因で死亡した場合
- ④その他、被害又は影響がきわめて微小な場合

### (3)提出先

高齢者支援課 介護保険係 介護サービス担当

\* 個人情報が含まれるため、FAXでは提出できません。事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に郵送又は直接持参ください。

\* 感染症等により事故当事者が複数人いる場合は、別添「事故当事者一覧」もご提出ください。

## 2 備考

記入に際しては、概要（経緯）や状況、経過がわかるように詳細に記載してください。

※詳細は、武蔵野市介護保険事業者における事故発生時の報告に関する取扱要領（資料編：7ページ）を参照

# 事故報告書 (事業者→武蔵野市)

様式第1号

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報       第\_\_報       最終報告

提出日：西暦 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2事 業 所 の 概	法人名											
	事業所(施設)名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	生年月日	西暦		年		月		日	被保険者番号			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立								
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細											
	その他 特記すべき事項											

5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応							
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他( )						
	受診先	医療機関名				連絡先(電話番号)		
	診断名							
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )						
検査、処置等の概要								
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況							
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )					
		報告年月日	西暦	年	月	日		
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名( )         警察署名( )         名称( )						
本人、家族、関係先等への追加対応予定								
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)							
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)							
9 その他 特記すべき事項								

注) 複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とするが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には、当事者一覧(様式第2号)を添付することにより、一括して報告できるものとする。



NO. 22	帳票名:武蔵野市介護保険 Q&A 票
担当:介護保険係 介護サービス担当	関連ページ: Q&A 編 P33 問 43

## 1 概要

### (1)概要

介護保険について保険者判断を求める場合に使用します。

### (2)提出先

高齢者支援課 介護保険係 介護サービス担当

※個人情報が含まれている場合、ファクスでは提出できません。郵送または直接持参ください。

## 2 備考

このQ&A票は、「保険者にその解釈が委ねられている事項を事業所で検討した結果について保険者（武蔵野市）の見解を聞く。」ことを目的に利用して下さい。

より個別具体的な状況も合わせて提出されると、個別事情に応じた回答が可能になります。

（例）

- ・同居親族がいる場合の生活援助の算定
- ・通院介助における院内介助の算定
- ・訪問介護における散歩の算定
- ・福祉用具の酸素ボンベ架台の貸与
- ・居宅介護支援におけるモニタリングについて など

なお、個別具体的な状況を判断し回答するため、利用者の被保険者番号等、個人が特定できる情報の記載をしてください。ファクスで提出する場合は、電話で個人情報を伝えていただいても構いません。

※回答に要する期間は、Q&A票の提出から原則1～2週間程度必要になります。

## 武蔵野市介護保険 Q & A 票

宛先 武蔵野市 高齢者支援課 高齢者支援係 介護サービス担当  
FAX:0422-51-9218 TEL:0422-60-1925

送付元 事業所名： \_\_\_\_\_ TEL □□-□□□□ \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_ FAX □□-□□□□ \_\_\_\_\_

質問項目： 1. ケアプラン作成について 2. 介護報酬・給付管理業務について  
3. その他

質問タイトル [ \_\_\_\_\_ ]

(質問内容)

(事業所の見解及び根拠)

**質問に関連する法令、通知等**

## 武蔵野市介護保険Q & A票（記載例）

宛先 武蔵野市 高齢者支援課 高齢者支援係 介護サービス担当  
FAX:0422-51-9218 TEL:0422-60-1925

送付元 事業所名： ××ケアプランセンター TEL □□-□□□□  
氏名： ×× ×× FAX □□-□□□□

質問項目： 1. ケアプラン作成について 2. 介護報酬・給付管理業務について  
3. その他

質問タイトル [ 同居家族がいる場合の生活援助中心型の算定について ]

（質問内容）

### ○対象者と生活状況

二世帯住宅の1階に本人・×× ××（被保険者番号0000××××××）、2階に長男夫婦が暮らしています。住宅は、1階と2階が玄関・水回り等全て独立し、共用部分はありません。

本人は昨年12月に転倒により大腿骨頸部骨折し、現在室内移動はロフトランドクラッチ両側を利用している。時々失敗はあるものの排泄はほぼ自立している。簡単な調理は自立している。

### ○長男家族

ただ、長男の妻に対して強い被害妄想を抱いているため、長男夫婦との日常的な交流はない。

長男夫婦は夫婦ともに就労し、7:00頃出勤のため外出し21:00頃帰宅している。土日は休日だが、本人とのトラブルを避け、本人宅の掃除等生活援助よりも、夫婦の趣味活動を優先している。ただ、長男は、緊急の際は支援する意欲はある。

### ○他サービスの利用状況

福祉用具（ロフトランドクラッチ、たちアップ）、食事（毎日夕食）サービス、通所リハビリ（週2回）

### ○必要と思われる生活援助

掃除、洗濯物干し、買物について、介護保険サービスとして算定したいが、算定できるか。

※暫定ケアプランやアセスメント表を添付して頂けると、より具体的な回答が可能になります。

（事業所の見解及び根拠）

※「質問内容」に対して、事業所として「このような取扱いになるのではないか」という見解及び根拠（国が示す基準省令や解釈通知等のほかQ&Aなど）記入してください。

算定については以下の2つの見解があると考えます。

#### ①算定できる。

老企第〇〇号第×の△では「… ～ …」と定められており、上記のケースは該当し、算定が可能と考えます。

#### ②当該サービスのうち〇〇である部分のみ算定できる。

老企第〇〇号第×の△では「… ～ …」に上記のケースは該当していると思われるが、一方で、平成〇年×月△日のQ&Aでは「… ～ …」とある。したがって、当該サービス全てを算定するには疑義があると考えます。

**質問に関連する法令、通知等**

NO. 23	帳票名:軽度者福祉用具貸与の例外給付確認申請書
担当:介護保険係 介護サービス担当	関連ページ: Q&A 編 P29 問 40

## 1 概要

### (1)概要

要支援1、要支援2および要介護1（自動排泄処理装置の場合は、要介護2および要介護3を含む。）の軽度者のかたは、その状態像から見て使用が想定しにくい一部の福祉用具について、原則として介護保険で貸与利用できません。ただし、保険者の確認などにより、一定の要件を満たす場合には、例外として介護保険による貸与利用が可能となります。

### (2)提出書類

- ①軽度者福祉用具貸与の例外給付確認申請書
- ②居宅サービス計画書1表～4表または介護予防サービス・支援計画書A表～D表
- ③医学的な所見の確認書類（写）またはケアマネジャーが主治医に医学的な所見を確認し4表・D表に記載したもの

### (3)申請の流れ

- ①認定調査票（基本調査）の結果が、保険給付対象となる状態像（老企第36号第2の9（2）ア「算定の可否判断基準」QA編P29問40）に該当するか否かを判断します。
  - ②サービス担当者会議において、医師の医学的所見に基づき、福祉用具貸与の必要性と対象品目を確認します。
  - ③書類を、武蔵野市高齢者支援課介護サービス担当まで窓口へ提出又は郵送（郵送の場合は、返信用封筒を同封）し、市の確認を依頼します。
  - ④担当が書類の内容等を確認後、軽度者に対する福祉用具貸与保険者確認印を押印し、申請書の写しをお渡しします。
  - ⑤福祉用具貸与実施後は、ケアマネジャー等が、モニタリングまたは介護予防ケアプランの評価によって、必ずその必要性を見直し、その結果を記録してください。
- ※ケアマネジメントの結果、不要となれば「貸与中止」、または種目変更等が必要となれば再度、確認申請書を提出してください。

### (4)保険者確認の時期について

#### ①申請の期限

原則として、サービス提供開始前に保険者確認の手続きを行ってください。ただし、やむを得ず申請が遅れる場合には、利用開始後30日までに手続きを行ってください。

#### ②保険者による確認が必要となる時期

- ア 福祉用具の貸与を開始するとき
- イ 要介護・要支援認定が更新されたとき
- ウ 要介護・要支援認定が区分変更されたとき
- エ 事業所が変更になったとき

※更新・区分変更により要介護2以上（自動排泄処理装置については要介護4以上）になった場合は、福祉用具の利用制限がなくなるため、確認は不要となります。

#### (5)保険者確認の効力について

開始日 ①「利用開始日」

②確認依頼書の受付日の前日から起算し、30日遡った日

※上記の①②の日付を比較し、後の日付から保険給付を認めます。

終了日 要介護認定または要支援認定の有効期間の終了日

## 2 備考

### (1)注意点

- ・提出漏れ、記載漏れがある場合は返却となる場合があるので十分に事前確認をお願いします。（「算定可否判断基準に該当しない」のチェック漏れが多いです。参照 QA 編 問 40）
- ・医学的所見の確認は、i～iiiのいずれかに該当するかを明確にしてください。
- ※「特殊寝台が必要」等、必要性のみの記載では、確認できません。医学的な所見から利用者が例外的貸与基準に当てはまる状態であることが具体的にわかるように記入してください。特殊寝台の場合、電動機能が必要な理由が明記されていなければ貸与の対象になりません。（「床からの立ち上がりができない」という記載だけでは認められません）
- ・要介護・要支援認定有効期間の終了後も利用者の状態に変動はなく、継続して福祉用具貸与の可能性が高い場合は、再度、保険者の確認を受けてください。
- ・軽度者に対する例外給付は、あくまでも例外的な取り扱いです。福祉用具の安易な使用は、利用者の自立をかえって阻害する恐れもあります。例外給付を申請する際には、主治医の医学的所見やサービス担当者会議等により利用者の状態と福祉用具の必要性について十分に検討してください。

### <申請中の場合>

- ・「新規申請中で認定結果が出ていない場合」や「例外給付の対象者が状態悪化により区分変更申請中で認定結果が出ていない場合」については、明らかに要介護2以上（自動排泄処理装置については要介護4以上）の認定結果が想定される場合を除いては、原則として福祉用具貸与を決定した段階（暫定プラン）で保険者に確認を行ってください。

### <暫定プランでの位置付けについて>

- ・暫定プランで保険者に申請書を提出後、本プランでサービス内容等が変更となった場合は、再度の提出が必要です。内容に変更がない場合は、再度の提出は不要です。

### <確認前の利用について>

- ・保険者の確認を受けていない状態で福祉用具の例外給付が行われていた場合、市や都の指導及び監査等により返還の対象となる場合があります。特にサービス担当者会議実施前に貸与を開始すると介護保険サービスの対象とならない場合がありますのでご注意ください。

## 軽度者福祉用具貸与の例外給付確認申請書

武蔵野市長 殿

医師の医学的所見に基づき、指定(介護予防)福祉用具貸与を居宅(介護予防)サービス計画に位置付けることについて、以下のとおり申請します。

申請日 年 月 日

事業者	名称					計画作成担当者氏名									
	所在地	〒				電話番号 ( )									
被保険者	氏名				被保険者番号	0	0	0	0						
	介護度区分	申請中 要支援1 要支援2 要介護1 (自動排泄処理装置の場合:要介護2 要介護3)													
	認定有効期間	年 月 日						～	年 月 日						
基本調査結果確認		<input type="checkbox"/> 算定可否判断基準に該当しない(老企第36号第2の9(2)「算定の可否判断基準」)													
対象品目		<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(昇降座椅子) <input type="checkbox"/> 移動用リフト(昇降座椅子、段差解消機以外) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置													
医師の医学的所見に基づく申請理由		1	疾病そのほかの原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者												
		2	疾病そのほかの原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者												
		3	疾病そのほかの原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者												
医師による所見の確認方法		1	主治医意見書												
		2	医師の診断書等												
		3	介護支援専門員が医師に所見を聴取												
サービス担当者会議開催日		年 月 日				貸与開始予定日		年 月 日							
添付書類		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1表～4表または介護予防サービス・支援計画書A表～D表 <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類(写し)またはケアマネジャーが主治医に医学的な所見(確認方法、日時、内容、医師氏名)を確認し、4表・D表に記載したもの													

- (注) 1 本申請書は、認定の更新、要支援・要介護状態区分又は居宅介護(介護予防)支援事業者の変更があった場合には、再度作成し提出すること。  
 2 本申請書は、市長に提出し、その写しをサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護(介護予防)支援事業所において保管しておくこと。  
 3 本申請書は、原則サービス提供前までに提出すること。

市確認欄

当該福祉用具について、認定有効期間満了まで貸与を承認します。		收受印
保険者確認印		

NO. 24	帳票名:家族介護用品支給申請書
担当:相談支援係	関連ページ:p.89

## 1 概要

### (1)概要

重度の要介護高齢者を在宅で介護している家族に対し、紙おむつ等の介護用品（月額9,000円（税抜）以内）を支給する。

### (2)対象者

次に掲げる要件を備えている者を現に介護している家族。なお、要件を備えている者が一人暮らし（住民基本台帳上一人世帯に属する）の場合は、本人に支給することができる。

① 市内に住所を有する、在宅（ただし、養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウス・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム・持込可能な一般病院を含む）の要介護高齢者であること。

※介護保険施設（指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、指定介護療養型医療施設）およびおむつの持込が不可な一般病院に入所している者のサービス利用は不可。

※武蔵野市に住民登録をしたまま、市外の施設に入所している場合は、家族等が市内で受け取れる状況であれば利用可能。

② 失禁状態にあり、常時おむつを着用する必要があること。

③ 要介護3から5であること。

④ 市町村民税非課税世帯に属すること。

### (3)問合せ及び提出先

高齢者支援課 相談支援係

### (4)その他

要介護3の申請者については、担当ケアマネジャーまたは在宅介護・地域包括支援センター職員によって、当該申請者が「排尿」又は「排便」において「介助」又は「見守り等」に該当する者である旨を確認欄に記載する。

## 2 備考

### (1)注意点

・申請者は利用者本人またはその家族となる。ケアマネジャーは申請者になれない。

※書類送付先は原則、申請者となる。別で設定する場合は【書類送付先】を余白に記入する。書類送付先はケアマネジャーもなれる。

・支給内容の変更を希望する場合、原則として前月の末日（土日等にかかる場合は最終営業日）までに、事業者へ直接連絡する。（その際、必ず武蔵野市から支給を受けていること、決定番号及び利用者氏名を伝える。）なお連絡は、利用者、家族及びケアマネジャー等が行うことができる。また、支給資格の変動（転出、介護保険施設への入所、死亡等）があった場合は、高齢者支援課へ連絡する。

年 月 日

武蔵野市長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )

家族介護用品支給申請書

下記のとおり家族介護用品の支給を受けたいので、申請します。

記

介護用品利用者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	電話番号 ( )			
	要介護度 (被保険者番号)	要介護 3・4・5 ( )	認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	現在の状態	◇ 在宅 ◇ (医療型) 病院入院 (病院名 ) ※病院への持込み ( 可 ・ 否 )			
家族介護者	氏名	続柄	年齢	住所	
				( )	

利用者世帯に関する住民基本台帳、課税状況及び要介護認定に関する情報について関係各課に確認すること並びに本事業の適正実施に際し必要な情報を武蔵野市住宅改修・福祉用具相談支援センターに提供することについて同意します。

利用者氏名

利用者が要介護度3の場合、担当ケアマネジャー又は在宅介護・地域包括支援職員は下記事項を確認のうえ下欄に記入願います。

上記利用者について、「排尿」又は「排便」が「介助」又は「見守り等」に該当する者であることを確認しました。

確認者氏名 (所属事業所: )

※以下の欄は記入しないでください。

所得要件	利用者世帯	市民税課税区分	
------	-------	---------	--

上記の申請について、審査の結果

- 1 支給を決定する ・ 2 申請を却下する (理由 )

受付年月日	決定年月日	支給決定番号
年 月 日	年 月 日	第 号

# 記入例

令和 ○年 ○月 ○日

武蔵野市長 殿

申請者は利用者本人またはその家族となります。ケアマネジャーは申請者になれません。

申請者 住所 武蔵野市緑町2-2-28  
 氏名 高齢 太郎  
 電話番号 0000 (00) 0000

## 家族介護用品支給申請書

下記のとおり家族介護用品の支給を受けたいので、申請します。

### 記

介護用品利用者	氏名	こうれい はなこ 高齢 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日
	住所	武蔵野市緑町2-2-28 電話番号 0000 (00) 0000			
	要介護度 <small>(被保険者番号)</small>	要介護 <u>3</u> ・4・5 (0000000000000)	認定期間	令和○年 ○月 ○日から 令和○年 ○月 ○日まで	
	現在の状態	◆ 在宅 ◇ (医療型) 病院入院 (病院名 ) ※病院への持込み ( 可 ・ 否 )			
家族介護者	氏名	続柄	年齢	住所	
	高齢 太郎	子	○	同上 0000( 00 )0000	

要介護認定の認定期間をご記入ください。

利用者世帯に関する住民基本台帳、課税状に確認すること並びに本事業の適正実施に際し、支援センターに提供することについて同意し

利用者のお名前をご記入ください。

利用者氏名 高齢 花子

利用者が要介護度3の場合、担当ケアマネジャー又は在宅介護・地域包括支援職員は下記事項を確認のうえ下欄に記入願います。

利用者が**要介護3の場合**、状態を確認のうえ、担当ケアマネジャー又は在宅介護・地域包括支援センター職員により記入をお願いします。

認しました。

確認者氏名 相談 支援子 (所属事業所: ○○介護事業所)

※以下の欄は記入しないでください。

記入不要です		
年	月	日
年	月	日
第	号	号