

船橋市介護保険給付事務に関する文書の様式を定める要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、船橋市の介護保険給付事務の施行に必要な文書の様式について定めるものとする。

(様式)

第2条 介護保険給付事務の施行に必要な文書の様式は、施行規則等に定めがある場合においても、別表に掲げるところによるものとする。

(補則)

第3条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和8年2月24日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現に調整されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

別表

番号	名称	根拠条文
1	船橋市介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い専用）	船橋市介護保険福祉用具購入費支給申請及び受領委任払い実施要綱第6条
2	介護保険福祉用具購入費支給申請書	船橋市介護保険施行規則第18条第1項
3	介護保険住宅改修費申請・受領委任払いに係る承諾書兼登録申請書	船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要項第2条第1項
4	介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者可否決定通知書	船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要項第2条第3項
5	介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者に係る変更届出書	船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要項第6条第1項
6	介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者（廃止・休止・再開）届出書	船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要項第6条第2項

7	介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者取消決定通知書	船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要項第7条第2項
8	介護保険住宅改修費支給申請書（受領委任払い専用）	船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要項第11条第1項
9	介護保険住宅改修費支給申請書	船橋市介護保険施行規則第19条第1項
10	住宅改修完了報告書（受領委任払い専用）	船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要項第11条第4項
11	住宅改修完了報告書	船橋市介護保険施行規則第19条第1項
12	社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第3条
13	社会福祉法人等利用者負担軽減に係る同意書	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第3条
14	収入等申告書	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第3条
15	実績報告書	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第9条
16	社会福祉法人等利用者負担額軽減措置助成交付申請書	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第10条第3項
17	補助所要額調	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第10条第3項
18	補助金計算書	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第10条第3項
19	社会福祉法人等利用者負担額軽減措置助成決定通知書	船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要項第10条第4項
20	船橋市訪問介護利用者負担額減額認定申請書	船橋市介護保険利用者負担軽減手当支給要綱第3条第1項
21	船橋市訪問介護利用者負担額軽減手当支給申請書	船橋市介護保険利用者負担軽減手当支給要綱第6条第2項
22	訪問介護利用者負担額軽減手当支給（不支給）決定通知書	船橋市介護保険利用者負担軽減手当支給要綱第6条第3項

23	介護保険利用者負担額減額・免除申請書	船橋市介護保険施行規則第 14 条第 1 項
24	介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書	船橋市介護保険施行規則第 17 条第 1 項
25	介護保険認知症訪問支援サービス費支給申請書	船橋市介護保険施行規則第 20 条第 1 項
26	認知症訪問支援サービス費受領委任払い支給申請書	認知症訪問支援サービスの施行に関する要綱第 8 条第 2 項
27	認知症訪問支援サービス費明細書	認知症訪問支援サービスの施行に関する要綱第 8 条第 2 項
28	認知症訪問支援サービス提供事業所登録申請書	認知症訪問支援サービスの施行に関する要綱第 10 条第 1 項
29	認知症訪問支援サービスの受領委任払いに係る（新規・変更）申出書	認知症訪問支援サービスの施行に関する要綱第 10 条第 1 項
30	認知症訪問支援サービス提供事業所登録可否決定通知書	認知症訪問支援サービスの施行に関する要綱第 10 条第 3 項
31	認知症訪問支援サービス登録事項変更届出書	認知症訪問支援サービスの施行に関する要綱第 11 条第 1 項
32	認知症訪問支援サービス事業廃止（休止・再開）届出書	認知症訪問支援サービスの施行に関する要綱第 12 条
33	住宅改修支援事業補助金交付申請書	船橋市住宅改修支援事業実施要綱第 4 条
34	住宅改修支援事業補助金交付可否決定通知書	船橋市住宅改修支援事業実施要綱第 5 条
35	介護保険利用者負担助成認定申請書	船橋市介護保険利用者負担助成事業実施要綱第 3 条第 1 項
36	介護保険利用者負担助成認定可否決定通知書	船橋市介護保険利用者負担助成事業実施要綱第 3 条第 2 項
37	船橋市介護保険利用者負担助成認定証	船橋市介護保険利用者負担助成事業実施要綱第 3 条第 2 項
38	介護保険利用者負担助成費支給決定通知書	船橋市介護保険利用者負担助成事業実施要綱第 6 条第 2 項
39	介護保険負担限度額認定申請書	船橋市介護保険施行規則第 15 条
40	介護保険利用者負担額減額・免除等申請書(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)	船橋市介護保険施行規則附則第 2 項
41	介護保険特定負担限度額認定申請書(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)	船橋市介護保険施行規則附則第 4 項

船橋市介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い専用）

船橋市長 あて

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。なお、当該給付費の受領については下記事業者に委任します。

被保険者番号		生年月日	年 月 日
		電話番号	— —
フリガナ		住所	〒 —
被保険者氏名 (申請兼委任者)			
福祉用具が 必要な理由			利用者負担割合
			1割・2割・3割
種 目	商 品 名 (上 段) 製 造 会 社 名 (中 段) 購 入 年 月 日 (下 段)	[A] 販売金額 (上段) [B] 保険給付額 (中段 <small>小数点以下切捨</small>) [C] 自己負担額 (下段 $[A]-[B]$)	
		円	
		円	
	年 月 日	円	
		円	
		円	
	年 月 日	円	
		円	
		円	
	年 月 日	円	

事業者 (受任者) 同意欄	受領委任払い制度の利用について同意します。つきましては下記口座へ振り込みをお願いします。		
	福祉用具販売計画作成の有無 有 無		
	事業者番号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	事業者住所	〒 —	
	事業者名	_____	
代表者名	_____	電話番号	— —
口座振込 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所	口座番号
	金融期間コード	支店番号	普通・当座・貯蓄
	フリガナ		
	口座名義人		

※この申請書の他に、被保険者名義の領収証原本と福祉用具のカタログを添付してください。

第2号様式

介護保険福祉用具購入費支給申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住所
申請者 氏名
被保険者との関係
電話番号

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	
住所		電話番号	
福祉用具が必要な理由			
種 目	商 品 名(上段)	登録事業者コード(上段)	購 入 金 額(上段)
	製造会社名(下段)	登録販売事業者名(下段)	購入年月日(下段)

上記購入費を下記口座へ振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。			

委任状

年 月 日

船橋市長 あて
委任者

住所
氏名

私は、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給に係る受領について次の者を代理人として委任します。

受任者

住所
氏名

介護保険住宅改修費申請・受領委任払いに係る承諾書兼登録申請書

年 月 日

船橋市長 あて

船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要綱第2条第1項の規定に基づき、裏面の承諾する内容を遵守することについて承諾し、併せて、介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱事業者として登録することを申請します。

(承諾者兼登録申請者)

法人事業者所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者氏名及び印	印	電話番号	()

(申請・受領委任払い取扱実施事業所)

事業所所在地	〒		
同 名 称		電話番号	()
同肩書、代表者氏名		FAX番号	()

住宅改修費の申請・受領委任払いを実施するにあたり、当事業者として次のとおり取り扱います。

(申請及び受領について)

1. 申請・受領とも事業者がおこなう。 2. 申請は事業者、受領は事業所がおこなう。 3. 申請・受領とも事業所がおこなう。 4. 申請は事業所、受領は事業者がおこなう。	(いずれか1つに○をして下さい。) (2又は3に○をした場合は、下記委任状が必要になります。)
--	--

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて

(委任者)

法人事業者所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者氏名及び印	印		

船橋市から受ける受領委任払いによる居宅介護住宅改修費等については、上記(申請及び受領)に基づき、下記の者に委任致します。また、口座依頼欄に記載された受領指定口座について委任者として承諾します。

(受任者)

事業所所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者氏名			

(口座依頼欄)

金 融 機 関 名 称	支 店 名 称			
銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所			
	支店番号			
預金種別	1.普通 2.当座 3.その他()		口座番号	
口 座 名 義 人	フリガナ			
	名義人			

承諾する内容

1. 居宅要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下「居宅要介護者等」という。）から介護保険の住宅改修に係る保険給付についての申請及び受領の委任の申出があった場合は、居宅要介護者等からは保険給付分を除いた自己負担額の支払いを受け、保険給付分については、委任に基づいて支給申請を行い受領することを承諾いたします。
2. 介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱事業者登録名簿への登録を希望します。
3. 住宅改修工事を施工するにあたり、次の事項を遵守いたします。
 - (1) 介護保険給付の対象となる住宅改修（以下「住宅改修」という。）の提供に関しては、関係法令及び船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要綱（以下「要綱」という。）等を遵守すること。
 - (2) 住宅改修を行う居宅要介護者等が、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、当該居宅要介護者等の心身及び住環境の状況等を十分に考慮し、適切な住宅改修を行うように努めること。
 - (3) 住宅改修を行うにあたり、船橋市、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めること。特に、要綱第8条に定める事前相談並びに工事施工前、施工後の居宅要介護者等及び居宅介護支援事業者との確認を必ず行うこと。
 - (4) 居宅要介護者等から、住宅改修を受領委任払いで行うことを求められた場合は、その都度、その者の提示する介護保険被保険者証により被保険者の資格、要介護認定等の有無、有効期間及び要綱第13条の規定の適用を受けていないこと等、申請・受領委任払いが可能であるかどうかの確認を行うこと。
 - (5) 正当な理由なく、要綱に基づく申請・受領委任払いによる住宅改修の提供を拒まないこと。
 - (6) 住宅改修を受領委任払いで行う場合、その施工に係る見積書を作成して居宅要介護者等に発行し了承を得ること。その際、見積書には当該住宅改修の内容、箇所及び規模、住宅改修に要する費用（保険給付分及び自己負担分の内訳の見込みを含む。）並びに施工事業者名、連絡先等を明記すること。また、居宅要介護者等が複数事業者から見積りを取ることを希望する場合であっても、見積書を発行すること。
 - (7) 住宅改修に関する見積書の記載事項に変更があった場合は、速やかに、その変更の内容等を居宅要介護者等に連絡し、変更後の見積書を居宅要介護者等に発行すること。
 - (8) 住宅改修に要する費用については、自己負担額の支払いを居宅要介護者等より受けるものとし、これを減額したり、超過して費用を徴収しないこと。また、工事が完了し自己負担額の受領後は、居宅要介護者等へ領収証及び工事費内訳書を発行すること。
 - (9) 住宅改修を申請・受領委任払いで受給する居宅要介護者等が、次の事項に該当する場合は、遅滞なくその旨を市に連絡すること。
 - (a) 不正な行為により、保険給付を受け、又は受けようとしたとき。
 - (b) 正当な理由無く、当該住宅改修を行うにあたり、必要な手続き等に関し協力しないとき。
 - (10) 居宅要介護者等からの苦情等があった場合は、必要に応じて事実関係を確認するための訪問等を行い、当該居宅要介護者等の立場を考慮しながら、円滑かつ迅速に苦情処理を行うとともに、登録事業者において処理し得ない内容についても行政窓口関係機関との協力により適切な対応を行うこと。
 - (11) 住宅改修の施工に伴い、登録事業者の責に帰すべき事由により、居宅要介護者等の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、居宅要介護者等に対してその損害を賠償すること。
 - (12) 登録事業者の役職員若しくは従業者又はこれらの職にあった者は、業務上知り得た居宅要介護者等及び家族等の秘密を漏らしてはならないこと。
 - (13) 船橋市が実施する登録時説明会兼研修会、更新時説明会兼研修会及び住宅改修に関する研修会への参加をすること。
 - (14) 上記に掲げる事項以外の事項があったときは、直ちに、その内容を市長に連絡すること。

御中

船橋市長

介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者可否決定通知書

船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要綱第2条第3項の規定に基づき、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

○ 決定内容 ○ 登録番号 登録しない場合の理由：

○ 承諾者兼登録申請者（事業者）

所在地：

名称：

代表者肩書・氏名：

○ 申請・受領委任払い取扱実施事業所

所在地：

名称：

代表者肩書・氏名：

○ 登録決定日： 年 月 日

○ 取扱有効期間 年 月 日から 年 月 日まで

振込指定口座	金融機関			
	預金種別		口座番号	
	口座名義人			

※ 上記内容をご確認の上、取扱有効期間内において居宅介護住宅改修費等の支給申請及び受領委任払いを実施することとなります。

※ 登録内容に変更が生じた場合は、変更届書をお出してください。

介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者に係る変更届出書

年 月 日

船橋市長 あて

船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要綱第6条第第1項の規定に基づき、登録内容の変更を届出します。

変更年月日(予定日)	年 月 日
------------	-------

登録番号	
担当者	

(届出者)(変更後の内容でご記入下さい。)

法人事業者所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者 氏名及び印	印	電話番号	()

(申請・受領委任払い取扱実施事業所)(変更後の内容でご記入下さい。)

事業所所在地	〒		
同 名 称		電話番号	()
同肩書、代表者 氏名		FAX番号	()

○変更内容(次の該当する項目に○をして下さい。)

1. 事業者の所在地の変更	2. 事業者の名称の変更
3. 事業者の代表者に関する変更	4. 事業者又は事業所の電話番号の変更
5. 事業所所在地の変更	6. 事業所の名称の変更
7. 事業所の代表者に関する変更	8. 受領指定口座の変更
9. 申請及び受領事項の変更	10. その他()
(a) 申請・受領とも事業者が行う。	(c) 申請・受領とも事業所が行う。
(b) 申請は事業者、受領は事業所が行う。	(d) 申請は事業所、受領は事業者が行う。

委 任 状

船橋市長 あて

年 月 日

(委任者)

法人事業者所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者 氏名及び印	印		

船橋市から受ける受領委任払いによる居宅介護住宅改修費等については、上記(申請及び受領事項)に基づき、下記の者に委任致します。また、口座依頼欄の受領指定口座についても委任者として承諾します。

(受任者)

事業所所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者 氏名			

○変更後の指定振込口座の内容

金 融 機 関 名 称		支 店 名 称			
銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店 出張所			
		支店番号			
預金種別	1.普通 2.当座 3.その他()		口座番号		
口 座 名 義 人	フリガナ				
	名義人				

介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者(廃止・休止・再開)届出書

年 月 日

船橋市長 あて

船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要綱第6条第2項の規定に基づき、
住宅改修の施工の事業を(廃止・休止・再開)しますので届出致します。

登録番号	
担当者	

(届出者)

法人事業者所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者 氏名及び印	印	電話番号	()

(受領委任払い取扱実施事業所)

事業所所在地	〒		
同 名 称			
同肩書、代表者 氏名		電話番号	()

○廃止・休止・再開の区分 (何れかに○をして下さい。)

1. 廃止 2. 休止 3. 再開

上記 1 の場合、以下に記入すること。

廃止の理由	
廃 止 日	

上記 2 の場合、以下に記入すること。

休止の理由	
休止の期間	

上記 3 の場合、以下に記入すること。

再開の理由	
再開開始日	

休止・廃止する場合 のサービス利用者 に対する措置
---------------------------------	---

※この届を提出する際には、事前に介護保険課へ連絡をすること。

第7号様式

介護保険住宅改修費申請・受領委任払い取扱登録事業者取消決定通知書

年 月 日

様

船橋市長

印

船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要綱第7条第2項の規定に基づき、下記のとおり決定します。

(事業者)

法人事業者所在地	
同 名 称	
同肩書、代表者氏名	

(受領委任払い取扱登録事業所)

事業所所在地	
同 名 称	
同肩書、代表者氏名	

(決定事項)

--	--	--

(取り消し理由)

--

(取り消し決定日)

--

※取り消し決定にあたり、サービス利用者の不利益が生じないように直ちに竣工完了させ、又は他の受領委任払い取扱事業者と連携をとり工事を引き継ぐ等所要の措置を講ずるよう努めること。

不服の申立

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に市長に対して、審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は、市長となります。)提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起することができます。

介護保険住宅改修費支給申請書（受領委任払い専用）

船橋市長あて

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請します。

なお、船橋市介護保険住宅改修費支給申請及び受領委任払い実施要綱第11条第1項、第4項及び第5項の規定に基づき、住宅改修費等の申請及び受領に関する権限は下記の施工業者に委任します。

被保険者番号						保険者番号	1	2	2	0	4	4	
フリガナ							生年月日	明治・大正・昭和					
被保険者氏名 (委任者)								年 月 日生					
被保険者住所	〒 -						負担割合	1割 2割 3割					
家屋の所有者	本人との関係 ()												
理由書作成日	年 月 日			着工予定日			年 月 日						
改修の内容及び箇所（該当するものに○）													
1.手すりの取付け 2.段差の解消 3.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.上記 () に係る付帯工事						1.玄関 2.廊下 3.居室 4.階段 5.トイレ			6.洗面所 7.浴室 8.玄関から道路 9.その他 ()				
A 工事費予定額	円					高齢者福祉課の住宅助成				有・無			
B 介護保険支給額 <small>※少数点以下切り捨て</small>	円												
C 自己負担額 (A-B)	円												

被保険者、居宅介護支援事業所、施工事業者は、上記申請内容について確認しました。 <small>※右欄にチェックをお願いします。</small>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

受任者 (登録事業者(所))	名称	登録番号
	(〒 -)	
	所在地	
	代表者氏名	
担当者	(電話番号 - -)	

第9号様式

介護保険住宅改修費支給申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住所
申請者 氏名
電話番号

居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

被保険者番号		保 険 者 番 号	
フリガナ		生 年 月 日	
被保険者氏名		電 話 番 号	
住 所		被保険者との関係	
家屋の所有者		着 工 予 定 日	
理由書作成日			
施工事業者名			
改修の内容及び箇所(該当する番号を○で囲んでください。)			
1 手すりの取付け	1 玄関	6 洗面所	
2 段差の解消	2 廊下	7 浴室	
3 床又は通路面の材料の変更	3 居室	8 玄関から道路	
4 引き戸等への扉の取替え	4 階段	9 その他	
5 洋式便器等への便器の取替え	5 トイレ	()	
6 上記()に係る付帯工事			
工事費予定額			

上記給付費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口座番号
	預 金 種 別		
	フリガナ		
	口座名義人		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。			

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて
委任者

住所
氏名

私は、居宅介護(介護予防)住宅改修費支給に係る受領について次の者を代理人として委任します。

受任者

住所
氏名

第11号様式

住宅改修完了報告書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者(被保険者)

(〒 ー)

住 所

氏 名

電話番号

住宅の改修工事が完了しましたので、関係書類を添えて報告します。

保険者番号			
被保険者番号		受付番号	
フリガナ			生年月日
被保険者氏名			
住 所	〒 ー		
	電話番号 ー ー		
着 工 日	年 月 日	完 成 日	年 月 日
施工事業者名			
総工事費(領収証の額)			円

第12号様式

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

年 月 日

船橋市長 あて

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を受けるため下記のとおり申請いたします。
なお、申請書に記入した内容については、事実と相違ありません。

申請者 住所
氏名
被保険者との関係
電話番号

※申請者（申請する人）が被保険者以外の場合は裏面の委任状が必要となります。

被保険者番号				
被保険者氏名			生年月日	
被保険者住所			電話番号	
	世帯員氏名	続柄	生年月日	備考
世帯主				
世帯員				

※なお、虚偽の申告をした場合は申請日に遡って認定を取り消します。

添付書類（必須）

- ①世帯員全員の収入等申告書（別紙様式有り）及び収入の分かるもの。
- ②世帯員全員の現在の預貯金が分かるもの（※全員の全ての預金通帳）
- ③社会福祉法人等利用者負担軽減に係る同意書

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて

委任者（被保険者）

住 所

氏 名

私は社会福祉法人等利用者負担軽減の申請に関する事務を下記の者に委任いたします。

受任者

住 所

氏 名

被保険者本人が自署できない場合は、代筆者氏名、本人との関係および理由を記入してください。

代筆者氏名

本人との関係

理 由

第14号様式

収入等申告書

年 月 日

船橋市長 あて

年中の収入について下記のとおり申告します。また、下記に記載した内容については相違ありません。

申請者住所

申請者氏名

被保険者氏名

生計が同一の者全員の収入及び預貯金額の記載欄

収入状況 世帯員氏名	恩給・年金等	給与等及び その他の収入	収入合計額	現金・ 預金額合計
備考				

* 収入の種類が該当する欄に「収入金額」を記入して下さい。

* 軽減のための申請書提出の際は、この収入等申告書と同意書が必要です。

実績報告書

事業者

1 軽減措置の実施期間

年 月 ～ 年 月

2 軽減措置の実績（年度合計）

軽減措置対象人数	軽減措置を行った額		合計
	短期入所生活介護	介護福祉施設サービス	
人	円	円	円

第16号様式

年 月 日

船橋市長 あて

住 所
法人名
代表者

社会福祉法人等利用者負担額軽減措置助成交付申請書

このことについて、下記のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

補助金交付請求額 円

添付書類

- (1) 実績報告書
- (2) 補助所要額調
- (3) 補助金計算書

第17号様式

船橋市

補助所要額調 (年 月～ 年 月分)

事業所名

(法人名)

1 利用者負担の軽減措置の実施期間

年 月～ 年 月

2 利用者負担の収入総額 (軽減対象者及び軽減対象者以外の者に係る総収入額) (単位:円)

サービスの種類	利用者数 (人)	利用者負担収入総額				
		介護費	標準負担額 (食費)	日常生活費	居住費	合計
訪問介護	—	—				—
通所介護	—	—		—		—
短期入所生活介護						
在宅系サービス 小計①						①
介護福祉施設サービス (特別養護老人ホーム)	新規 入所者					
	旧措置 入所者					
介護福祉施設サービス 小計②						②

3 利用者負担の軽減総額 (単位:円)

サービスの種類	利用者数 (人)	利用者負担収入総額				
		介護費	標準負担額 (食費)	日常生活費	居住費	合計
訪問介護	—	—				—
通所介護	—	—		—		—
短期入所生活介護						
在宅系サービス 小計③						③
介護福祉施設サービス (特別養護老人ホーム)	新規 入所者					
	旧措置 入所者					
介護福祉施設サービス 小計④						④

* 利用者数については、延べ人数で記入して下さい。

第18号様式

船橋市

補助金計算書

サービスの種類	本来受領すべき利用者負担総額 A	軽減総額 B	Aの5%相当額 $C = A \times 5\%$	5%を超える全額公費分 $D = B - C$	1%控除額(全額法人負担分) $E = A \times 1\%$	公費負担分 $F = (B - D - E) \times 1/2$	市町村助成額 $G = D + F$
短期入所生活介護	①	③					
介護老人福祉施設	②	④					
合計							

- * 介護老人福祉施設のサービスと短期入所生活介護のサービス両方が該当する場合は、「A欄」「B欄」と「合計欄」に記入して下さい。
- * サービスの種類が1種類の場合は、C欄からG欄までの内訳もご記入ください。

第19号様式

年 月 日

様

船橋市長

社会福祉法人等利用者負担額軽減措置助成決定通知書

年 月 日で申請のあった社会福祉法人等利用者負担額軽減措置助成金については、船橋市社会福祉法人等による利用者負担額軽減措置事業実施要綱第10条第4項の規定により下記の額を交付決定する。

補助金交付額

円

第20号様式

船橋市訪問介護利用者負担額減額認定申請書

船橋市長 あて

年 月 日

(申請者)

(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者との関係 (_____)

電 話 番 号 (_____)

次のとおり、訪問介護利用に係る船橋市訪問介護利用者負担額減額認定を申請します。

被保険者番号											
フリガナ										生年月日	
被保険者氏名										年 月 日生	
住 所	(〒 -)									電 話 ()	
申 請 理 由	1. 所得税世帯非課税 2. その他 身体障害者手帳 (級 NO. 有 ・ 無)										
属する世帯の 生計中心者	1月1日 現在の 住 所	(〒 -)									電 話 ()
	氏 名										
	生年月日										年 月 日生

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて

委 任 者 (被保険者)

氏 名

住 所

私は、船橋市訪問介護利用者負担額減額認定申請について下記の者にその権限を委任いたします。

受 任 者 (代理人)

氏 名

住 所

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて

委 任 者 (被保険者)

氏 名

住 所

私は、船橋市訪問介護利用者負担額軽減手当支給申請について下記の者にその権限を委任いたします。

受 任 者 (代理人)

氏 名

住 所

船介第 号
年 月 日

船橋市長

訪問介護利用者負担額軽減手当支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました給付費については下記のとおり決定しましたので通知いたします。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円		
給付の種類	訪問介護利用者負担額軽減手当		
審査結果		支払金額	円
不支給の理由			

利用月	年月
-----	----

支払方法		
口座払		支払い予定日 年 月 日
振 込 先	金融機関	
	口座種類	
	口座番号	
	口座名義人	

○不服の申立

この処分について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に千葉県介護保険審査会に対して、審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は、市長となります。）提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があったとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第23号様式

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住所
申請者 氏名
被保険者との関係
電話番号

利用者負担額の減額又は免除を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

被保険者番号			
フリガナ			
被保険者氏名	生年月日		
住 所	電話番号		
申 請 理 由			

第24号様式

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申 請 者	住所 氏名 被保険者との関係 電話番号
-------	------------------------------

次のサービス費等の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1	居宅介護サービス費	10	特例特定入所者介護サービス費
2	特例居宅介護サービス費	11	介護予防サービス費
3	地域密着型介護サービス費	12	特例介護予防サービス費
4	特例地域密着型介護サービス費	13	地域密着型介護予防サービス費
5	居宅介護サービス計画費	14	特例地域密着型介護予防サービス費
6	特例居宅介護サービス計画費	15	介護予防サービス計画費
7	施設介護サービス費	16	特例介護予防サービス計画費
8	特例施設介護サービス費	17	特定入所者介護予防サービス費
9	特定入所者介護サービス費	18	特例特定入所者介護予防サービス費

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	
住 所			
申 請 理 由			
支 払 額 合 計			

上記給付費を次の口座へ振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口 座 番 号
			普 通 ・ 当 座
	フリガナ		
	口 座 名 義 人		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。			

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて
委任者

住所
氏名

私は、介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等の支給に係る受領について次の者を代理人として委任します。

受任者

住所
氏名

第25号様式

介護保険認知症訪問支援サービス費支給申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住所
申請者 氏名
被保険者との関係
電話番号

認知症訪問支援サービス費の支給を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	
住所		電話番号	
申請理由			
利用年月			
支払額			

上記サービス費を下記口座へ振り込んでください。

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

委任状

年 月 日

船橋市長 あて
委任者

住所
氏名

私は、認知症訪問支援サービス費支給に係る受領について次の者を代理人として委任します。

受任者

住所
氏名

認知症訪問支援サービス費 受領委任払い支給申請書

年 月 日

船橋市長 へ

申請者 所在地

名称

代表者

印

認知症訪問支援サービス費の支給（受領委任払い）について、
認知症訪問支援サービス費明細書を添えて下記のとおり申請します。
なお、支給にあたっては「認知症訪問支援サービスの受領委任払いに係る
（新規・変更）申出書」により申し出た指定口座に振り込んでください。

・審査月

年 月 審査分

※ 毎月10日までに提出されるものについて、
当該10日の属する月を審査月とします。
（11日から月末の間に提出されるものは、
翌月を審査月とします。）

・認知症訪問支援サービス提供事業所

事業所番号
名称

・支給申請額

円

-
- ・申請者は、「認知症訪問支援サービスの受領委任払いに係る（新規・変更）申出書」により
申し出いただいた内容（「申請は事業者」または「申請は事業所」）をお願いします。
 - ・この申請書に「認知症訪問支援サービス費明細書」を添えて提出してください。

認知症訪問支援サービス 提供事業所登録申請書

年 月 日

船橋市長 へ

申請者 所在地

名称

代表者

印

認知症訪問支援サービス（市町村特別給付）のサービス提供事業所として登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者

フリガナ			
名称			
所在地	(〒 -)		
連絡先	TEL		FAX
代表者の 職名・氏名	職名		フリガナ 氏名

登録を受けようとする訪問介護事業所

事業所番号			
フリガナ			
名称			
所在地	(〒 -)		
連絡先	TEL		FAX
フリガナ			
管理者の氏名			

サービスの開始予定年月日	年 月 日
--------------	-------

認知症訪問支援サービスの
受領委任払いに係る（新規・変更）申出書

船橋市長 あて

年 月 日

事業者（申出者）

事業者所在地	
事業者名称	
代表者職・氏名	印

事業所

事業所番号
事業所所在地	
事業所名称	
代表者職・氏名	印

認知症訪問支援サービス費の申請・受領について、次のとおり申し出ます。

1. 申請・受領とも事業者が行う。	口座名義が事業者	いずれか1つに○をしてください。 3または4に○をした場合は、 下記の委任状が必要となります。
2. 申請は事業所、受領は事業者が行う。		
3. 申請・受領とも事業所が行う。	口座名義が事業所	
4. 申請は事業者、受領は事業所が行う。		

指定口座

金融機関名称		支店名称	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所
口座種別	1.普通 2.当座 3.その他()	口座番号	
口座名義人	フリガナ 名義人		

※ 変更の場合の変更年月日 年 月 日

委 任 状

船橋市長 あて

年 月 日

委任者	事業者所在地	
	事業者名称	
	代表者職・氏名	印

認知症訪問支援サービス費の申請・受領については、上記内容のとおり、下記の者に委任します。
また、上記指定口座について委任者として承諾します。

受任者	事業所所在地	
	事業所名称	
	代表者職・氏名	印

認知症訪問支援サービス 登録事項変更届出書

年 月 日

船橋市長 へ

所在地

名 称

代表者

印

登録を受けた内容の変更について、次のとおり届け出ます。

登録事業所

事業所番号			
フリガナ			
名 称			
事業所の所在地	(〒 -)		
連絡先	TEL		FAX

変更事項 (該当項目に○を付してください。)

申請事業者の名称	事業所の名称
申請事業者の所在地	事業所の所在地
申請事業者の連絡先	事業所の連絡先
代表者の職名・氏名	管理者の氏名
運営規程	

変更の内容

変 更 前	変 更 後

変更年月日	年 月 日
-------	-------

認知症訪問支援サービス 事業廃止（休止・再開）届出書

年 月 日

船橋市長 あて

所在地

名 称

代表者

印

事業の廃止（休止・再開）について、次のとおり届け出ます。

廃止（休止・再開）する登録事業所

事業所番号					
フリガナ					
名 称					
事業所の所在地	(〒 -)				
連絡先	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">TEL</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">FAX</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	TEL		FAX	
TEL		FAX			

廃止（休止・再開）の内容

廃止・休止・再開の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開
廃止・休止・再開の年月日	年 月 日
廃止・休止の理由	
当該サービス利用者に対する措置（廃止・休止の場合）	
休止の場合の予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日

住宅改修支援事業補助金交付申請書

年 月 日

船橋市長 へ

(申請者)

事業所番号

法人事業者住所

法人事業者名

法人事業者
代表者職氏名

下記被保険者の住宅改修支援事業補助金について、理由書の写しを添付して申請します。

被保険者番号	
被保険者名	
被保険者住所	
担当介護支援 専門員の有無	有 ・ 無

理由書作成者	
居宅介護支援事業所	
事業所住所	
事業所名	
事業所代表者名	
事業所電話番号	
その他の専門職 (個人・法人含)	
住所	
法人名・代表者名	
理由書作成者名	
電話番号	
職種(資格等)	

決定通知書送付先 (○を付けてください)	事業者(申請者)へ 居宅介護支援事業所へ その他 ()
-------------------------	------------------------------------

第35号様式

介護保険利用者負担助成認定申請書

船橋市長 あて

年 月 日

利用者負担の助成を受けるため下記のとおり申請いたします。

申請書に記入した内容については、事実と相違ありません。

申請者 住所

氏名

被保険者との関係

電話番号

※申請者（申請する人）が被保険者（今回助成を必要とする人）以外の場合

裏面の委任状が必要となります。

被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日	
被保険者住所		電話番号	

生計が同一の者全員の収入及び預貯金額の記載欄

	世帯員氏名	続柄	年中の年間収入額	現金及び預貯金の（申請日）合計
1				金融機関名 種別 合計金額
2				金融機関名 種別 合計金額
3				金融機関名 種別 合計金額
4				金融機関名 種別 合計金額
5				金融機関名 種別 合計金額
6				金融機関名 種別 合計金額
	備考			

※なお、虚偽の申告をした場合は遡って利用者負担助成の認定を取り消します。

添付書類（必須）

- ①世帯員全員の 年中の収入が分かるもの（※年金収入者等は年金（恩給）改定通知書、給与所得者は源泉徴収票、他の場合は、それぞれ証するもの）
- ②ご本人については通帳の原本もしくは名義、残高のわかる箇所の写し
- ③同意書（裏）

年 月 日

様

船橋市長

介護保険利用者負担助成認定可否決定通知書

先に申請のありました、介護保険利用者負担助成認定について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	
被保険者番号	

決定内容	<p>○助成について</p> <p>決定年月日 決定事項 助成率 適用期間</p> <p>○認定しない場合の理由</p>
------	--

第 3 7 号様式

(表)

船橋市介護保険利用者負担助成認定証		
交付年月日		
被 保 険 者	番号	
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
認定決定日		
助成率		
適用年月日		から
有効期限		まで
保険者及び 所在地等	船 橋 市 船橋市湊町 2-10-25	

(裏)

<p><注意事項></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 対象となるサービスは、船橋市介護保険利用者負担助成事業実施要綱第 4 条に規定するサービスです。 2. 利用者負担額は、保険分の利用者負担額から表面の助成率により算定された助成額を控除した後の額となります。 3. 船橋市の被保険者の資格がなくなったとき、助成の要件に該当しなくなったとき、助成の適用期間が経過したときは遅滞なくこの証を返還して下さい。 4. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
--

第38号様式

年 月 日

様

船橋市長

介護保険利用者負担助成費支給決定通知書

船橋市介護保険利用者負担助成費について、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

被保険者氏名	
被保険者番号	

利用年月		助成費支給額	
助成対象サービス分 自己負担額			
助成費支給済額			

<振込先>

金融機関名称 及び支店名称			
預金種別		口座番号	
口座名義人			

振込予定年月日	
---------	--

口座番号については個人情報保護のため表示しておりません。

第39号様式

介護保険負担限度額認定申請書

船橋市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費に係る負担限度額の認定を申請します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
住所		生年月日	
入所中又は入院中の介護保険施設の所在地及び名称	所在地		
	名称	入所日又は入院日	
配偶者の有無			
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日
	氏名		個人番号
	住所		
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）		
	市町村民税課税状況		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者	非課税年金の受給 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給
預貯金等に関する申告	預貯金等の金額を記入してください。		
	預貯金額	本人	配偶者
	有価証券（評価概算額）	本人	配偶者
	その他（現金・負債を含む。）	本人	配偶者

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	本人との関係

同意書

船橋市長 あて

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

また、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の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

本人
住所
氏名

配偶者
住所
氏名

申請事由(該当する項目に○を付けてください。)

介護保険法施行規則第 83 条の 5 第 1 号	
介護保険法施行規則第 83 条の 5 第 2 号(境界層)	
介護保険法施行規則第 83 条の 5 第 3 号(生活保護受給)	
介護保険法施行規則第 83 条の 5 第 4 号(特例減額措置)	

第40号様式

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	
住所			
入所・入院中の介護保険施設	所在地		
	名称		
	電話番号		
入所・入院日			
申請理由	1 市町村民税非課税 2 その他()		
船橋市長 あて 上記のとおり特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除の申請をします。なお、次の事項について同意します。 1 私及びその属する世帯員の市町村民税の内容をこの申請の目的の範囲内で利用すること。 2 市が保有するこの申請に対する認定に係る情報を申請時に入所している介護保険施設に提供すること。 年 月 日 申請者 住所 氏名			

委任状		年 月 日
船橋市長 あて 委任者	住所 氏名	
私は、介護保険利用者負担額減額・免除等の申請について次の者にその権限を委任します。		
受任者	住所 氏名	

第41号様式

介護保険特定負担限度額認定申請書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		生年月日	
住所			
入所・入院中の介護保険施設	所在地		
	名称		
	電話番号		
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室的多床室	3 従来型個室 4 多床室	
入所・入院日			
申請理由	1 市町村民税非課税 2 その他()		
<p>船橋市長 あて 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額の認定を申請します。なお、次の事項について同意します。</p> <p>1 私及びその属する世帯員の市町村民税の内容をこの申請の目的の範囲内で利用すること。</p> <p>2 市が保有するこの申請に対する認定に係る情報を申請時に入所している介護保険施設に提供すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>			

委任状		年 月 日
船橋市長 あて 委任者	住所 氏名	
私は、介護保険特定負担限度額の認定の申請について次の者にその権限を委任します。		
受任者	住所 氏名	