

## 野田市告示第135号

野田市介護保険条例施行規則（平成12年野田市規則第20号）の施行に関し必要な様式のひな型のうち、次の様式を別紙のとおり改め、告示の日から施行する。なお、次の様式のうち1から4までについては公示の日から適用し、5については令和5年4月1日から適用する。

- 1 介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書
- 2 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書
- 3 介護保険負担限度額認定申請書
- 4 介護保険負担限度額認定証
- 5 納付書

令和6年5月8日

野田市長      鈴木   有

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

(宛先) 野田市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

|                                                                     |                            |                |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     |      |              |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----|------|--------------|-------------|---|---|----|---|-------|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                                                    | 介護保険<br>被保険者番号             |                |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     | 個人番号 |              |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     | 医療<br>保<br>険               | 保 険 者 名        |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     |      | 保 険 者<br>番 号 |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     |                            | 被 保 険 者 証      | 記 号                                |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  | 番 号 |      |              |             |   |   | 枝番 |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     | フリガナ                       |                |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     |      | 生年月日         | 明・大・昭       |   | 年 | 月  | 日 | ( 歳 ) |  |  |  |  |
|                                                                     | 氏 名                        |                |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     |      | 性 別          |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     | 住 所                        |                | 〒                                  |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     |      |              |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     |                            |                | 電話番号                               |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     |      |              |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     | 前 回 の 要 介 護<br>認 定 の 結 果 等 |                | ※要介護・<br>要支援更新<br>認定の場合<br>のみ記入    | 要介護状態区分 1 2 3 4 5                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |     |      |              | 要支援状態区分 1 2 |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     |                            |                |                                    | 有効期限 年 月 日 から 年 月 日                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |     |      |              |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     |                            |                | ※14日以内に<br>他自治体から<br>転入した者<br>のみ記入 | 転出元自治体(市町村)名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)<br>はい ・ いいえ<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |     |      |              |             |   |   |    |   |       |  |  |  |  |
| 過 去 6 月 間 の<br>介 護 保 険 施 設 、<br>医 療 機 関 等 へ の<br>入 院 、 入 所 の<br>有 無 |                            | 介護保険施設の名称等・所在地 |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     | 期間   | 年            | 月           | 日 | ～ |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     |                            | 介護保険施設の名称等・所在地 |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     | 期間   | 年            | 月           | 日 | ～ |    |   |       |  |  |  |  |
|                                                                     |                            | 医療機関等の名称等・所在地  |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     | 期間   | 年            | 月           | 日 | ～ |    |   |       |  |  |  |  |
| 有 ・ 無                                                               |                            | 医療機関等の名称等・所在地  |                                    |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |     | 期間   | 年            | 月           | 日 | ～ |    |   |       |  |  |  |  |

|                       |     |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 | 〒                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |     | 電話番号                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  | 〒    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |        | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特 定 疾 病 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、野田市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 野田市長  
次のとおり申請します。

申請年月日      令和      年      月      日

|       |                                                                     |           |                |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       |    |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|--|--|--|--|---|---|---|-----|---|--------------|-------|----|---|---|---|----|---|----|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 被 保 者 | 介護保険<br>被保険者番号                                                      |           |                |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              | 個人番号  |    |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
|       | 医<br>療<br>保<br>険                                                    | 保 険 者 名   |                |  |  |  |  |   |   |   |     |   | 保 険 者<br>番 号 |       |    |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
|       |                                                                     | 被 保 険 者 証 | 記 号            |  |  |  |  |   |   |   | 番 号 |   |              |       |    |   |   |   | 枝番 |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
|       | フリガナ                                                                |           |                |  |  |  |  |   |   |   |     |   | 生年月日         | 明・大・昭 |    |   | 年 | 月 | 日  | ( | 歳) |   |   |   |   |  |  |  |  |
|       | 氏 名                                                                 |           |                |  |  |  |  |   |   |   |     |   | 性 別          |       |    |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 保 険   | 住 所                                                                 |           | 〒              |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       |    |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
|       |                                                                     |           | 電話番号           |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       |    |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
|       | 前 回 の 要 介 護<br>認 定 の 結 果 等                                          |           | 要介護状態区分        |  |  |  |  | 1 | 2 | 3 | 4   | 5 | 要支援状態区分      |       |    |   |   | 1 | 2  |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 険     |                                                                     |           | 有効期限           |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | から  |   |              |       |    | 年 | 月 | 日 |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
|       | 変 更 申 請 の<br>理 由                                                    |           |                |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       |    |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 者     | 過 去 6 月 間 の<br>介 護 保 険 施 設 、<br>医 療 機 関 等 へ の<br>入 院 、 入 所 の<br>有 無 |           | 介護保険施設の名称等・所在地 |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       | 期間 |   |   |   | 年  | 月 | 日  | ～ | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
|       |                                                                     |           | 介護保険施設の名称等・所在地 |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       | 期間 |   |   |   | 年  | 月 | 日  | ～ | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
|       |                                                                     |           | 医療機関等の名称等・所在地  |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       | 期間 |   |   |   | 年  | 月 | 日  | ～ | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |
|       | 有 ・ 無                                                               |           | 医療機関等の名称等・所在地  |  |  |  |  |   |   |   |     |   |              |       | 期間 |   |   |   | 年  | 月 | 日  | ～ | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |

|       |     |                                                      |
|-------|-----|------------------------------------------------------|
| 提出代行者 | 名 称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） |
|       | 住 所 | 〒<br><br>電話番号                                        |

|       |        |               |
|-------|--------|---------------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名         |
|       | 所 在 地  | 〒<br><br>電話番号 |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|           |  |
|-----------|--|
| 特 定 疾 病 名 |  |
|-----------|--|

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、野田市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

# 介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 野田市長

令和 年 月 日



裏面もご記入  
ください。

申請者 住 所  
氏 名 本人との関係  
電話番号

以下の通り関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。  
(規則第83条の5第1号)

|                            |                           |                                                                                                     |             |
|----------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 被保険者番号                     | 0 0 0 0                   | 個人番号                                                                                                |             |
| フリガナ                       |                           | 生年月日                                                                                                | 明・大・昭 年 月 日 |
| 氏 名                        |                           |                                                                                                     |             |
| 住 所                        | 連絡先 — —                   |                                                                                                     |             |
| 介護保険施設の<br>名称及び所在地<br>(※1) | 施 設 名                     | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 |             |
|                            | 所 在 地                     |                                                                                                     |             |
| 入所・入院日                     | 年 月 日 (入所・入院日または入所・入院予定日) |                                                                                                     |             |

※1 介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。

|           |           |                                           |             |
|-----------|-----------|-------------------------------------------|-------------|
| 配偶者の有無    | 有 ・ 無     | 「有」の場合は、以下について記入してください。                   |             |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ      | 個人番号                                      |             |
|           | 氏 名       | 生年月日                                      | 明・大・昭 年 月 日 |
|           | 住 所       | <input type="checkbox"/> 本人と同じ<br>連絡先 — — |             |
|           | 1月1日現在の住所 | <input type="checkbox"/> 同上               |             |
|           | 市区町村民税    | 課税 ・ 非課税                                  |             |

|                                                 |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非課税年金（遺族年金または障害年金）受給の有無                         | 遺族年金※2受給有 ・ 障害年金受給有 ・ どちらも受給無                                                                                                      |
| 遺族年金または障害年金を受給している場合は、右欄から該当する「年金保険者」を選択してください。 | <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済<br><input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 |

※2 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。恩給、弔慰金、給付金は含みません。

|              |                          |                                                                                                        |                 |   |                 |          |
|--------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-----------------|----------|
| 収入・資産等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者 / 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者であり、預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です                        |                 |   |                 |          |
|              | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 80 万円以下、預貯金、有価証券等の金額の合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下です           |                 |   |                 |          |
|              | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 80 万円を超え 120 万円以下、預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下です |                 |   |                 |          |
|              | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 120 万円を超え、預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下です         |                 |   |                 |          |
|              | 預貯金額                     | 円                                                                                                      | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債等) | ( )<br>円 |

●配偶者がいる場合は、本人及び配偶者の預貯金等の合計額を記入してください。

# 同意書

(宛先) 野田市長

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、貴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。

令和        年        月        日

<本人>        住所

氏名

<配偶者>        住所

氏名

- (1) 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又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 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、全ての合計額を記入してください。また、配偶者がいる場合は、本人及び配偶者の預貯金等の合計額を記入してください。
- (3) 書ききれない場合には、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

| 市<br>記<br>載<br>欄 | 税個人                                           | 税世帯                            | 税配偶者       | 給付制限                         | 段 階              |                              |            |                              |   | 受付者 |
|------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------|------------------------------|------------------|------------------------------|------------|------------------------------|---|-----|
|                  | 非 課                                           | 非 課                            | 非 課        | 無 有                          | 1                | 2                            | 3①         | 3②                           | 4 |     |
|                  | 課 税 年 金 収 入 + 合 計 所 得 + 非 課 税 年 金 収 入 / 資 産 額 |                                |            |                              |                  |                              |            |                              |   |     |
|                  | 生保<br>老福                                      | 1,000 万<br>→ (2,000 万)<br>以下 超 | 80 万<br>以下 | 650 万<br>→ (1,650 万)<br>以下 超 | 80 万超<br>120 万以下 | 550 万<br>→ (1,550 万)<br>以下 超 | 120 万<br>超 | 500 万<br>→ (1,500 万)<br>以下 超 |   |     |

介護保険負担限度額認定証

交付年月日 年 月 日

|                                            |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |        |
|--------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------|
| 被<br>保<br>険<br>者                           | 番 号     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |        |
|                                            | 住 所     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |        |
|                                            | フリガナ    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |        |
|                                            | 氏 名     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |        |
|                                            | 生 年 月 日 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |        |
|                                            | 適用年月日   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |        |
|                                            | 有効期限    | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |        |
| 食費の負担限度額                                   |         | (介護予防) 短期入所生活 (療養) 介護<br>その他のサービス                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  | 円<br>円 |
| 居住費又は滞在費<br>の 負 担 限 度 額                    |         | ユニット型個室 円<br>ユニット型個室的多床室 円<br>従来型個室(特養等) 円<br>従来型個室(老健・医療院等) 円<br>多床室 円                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |        |
| 保 険 者 番 号 に<br>並 び<br>保 険 者 の<br>名 称 及 び 印 |         | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">千 葉 県 野 田 市</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div> |  |  |  |        |

公 千葉県野田市 納入済通知書

|        |       |      |  |      |  |      |
|--------|-------|------|--|------|--|------|
| 加入者名   | 野田 市  | 口座番号 |  | 合計金額 |  | 円    |
| 収納機関番号 | 12208 | 納付番号 |  | 確認番号 |  | 納付区分 |
| 通知番号   |       | 年度   |  | 納期限  |  |      |

|          |                                                                                                                               |      |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 延滞金      |                                                                                                                               | 合計金額 |  |
| 納付者      | 様                                                                                                                             |      |  |
| コンビニ等収納用 | <p>(ご注意)<br/>金額を訂正した場合、バーコードの印字がない場合は、コンビニエンスストア等では納付できません。</p> <p>納期限を過ぎた場合は、コンビニエンスストア等では納付できません。</p> <p>収納代行：(株)NTTデータ</p> |      |  |

取りまとめ金融機関 千葉銀行野田支店  
 取りまとめ店 QRコードを印字している場合：ゆうちょ銀行 公金QR受付貯金事務センター  
 QRコードを印字していない場合：ゆうちょ銀行 東京貯金事務センター 〒330-9794  
 この振替は機械で処理しますので、QRコード欄を汚さないよう特にご注意ください。  
 また、本票を折ったり曲げたりしないでください。

公 千葉県野田市 納付書(原符)

|        |           |
|--------|-----------|
| 加入者名   | 野田市会計管理者  |
| 口座番号   |           |
| 納付番号   |           |
| 確認番号   | 納付区分      |
| 納付者    | 様         |
| 通知番号   |           |
| 納期限    |           |
| 納付額    | 円         |
| 延滞金    | 円         |
| 合計金額   | 円         |
| 千葉県    | 額 収 日 付 印 |
| 野田市    |           |
| 122084 |           |

金融機関・コンビニ店舗控  
 収納代行 (株)NTTデータ

公 千葉県野田市 領収証書

|        |           |
|--------|-----------|
| 加入者名   | 野田市会計管理者  |
| 口座番号   |           |
| 納付番号   |           |
| 確認番号   |           |
| 納付区分   |           |
| 納付者    | 様         |
| 通知番号   |           |
| 納期限    |           |
| 納付額    | 円         |
| 延滞金    | 円         |
| 合計金額   | 円         |
| 千葉県    | 額 収 日 付 印 |
| 野田市    |           |
| 122084 |           |

納付者控 (収入印紙不要)  
 収納代行 (株)NTTデータ

お問い合わせ窓口は裏面に記載しております。