

魚津市告示第200号

魚津市高額介護予防サービス費等相当事業実施要綱の一部改正について

魚津市高額介護予防サービス費等相当事業実施要綱（平成29年魚津市告示第111号）の一部を次のように改正する。

令和3年9月1日

魚津市長 村椿 晃

第6条中「高額介護サービス費等の支給並びに食費及び居住費等の負担限度額認定等の運用について（平成17年9月8日老介発第098001号厚生労働省老人保健福祉局介護保険課長通知）」を「介護保険制度における利用者負担等の事務処理の取扱いについて（令和3年7月5日老介発第0705第1号）」に改める。

様式第1号から様式第3号までを次のように改める。

様式第1号（第5条関係）

魚津市高額総合事業サービス費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----------|--|--------|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当月分の支払額合計 | | 本人との関係（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 氏 名 | | 生年月日 | | 介護保険の被保険者の場合 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 魚津市長 〆 上記のとおり関係書類を添えて高額総合事業サービス費の支給を申請します。 〆 申請者 住所 電話番号 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・給付制限を受けている方については、高額総合事業サービス費の支給ができない場合があります。
 ・今回の支給以降、高額総合事業サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

高額総合事業サービス費を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|----------------|--|-----------------|--|--------|--|---------|--|--|--|--|--|
| 口座振替依頼書 | 銀行 金庫 組合 | | 本店 支店 出張所 | | 種 目 | | 口 座 番 号 | | | | | |
| | 金融機関コード | | 店舗コード | | 1 普通預金 | | | | | | | |
| | | | | | 2 当座預金 | | | | | | | |
| | | | | | 3 その他 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | |

市 記入欄

| | | | |
|--------------|--------|-------------|----------------------|
| 区 分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備 考 (所得分布の状況等を把握) |
| 1 単独 2 合算 | | 有・無 給付割合 | |

様式第2号(第5条関係)

魚津市総合事業基準収入額適用申請書

年 月 日

魚津市長 あて

次のとおり関係書類を添えて、高額総合事業サービス費の負担区分判定にかかる収入額を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ① | フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 (適用対象者) | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| ② | フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 (適用対象者) | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| ③ | フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 (適用対象者) | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 住所 | | (連絡先) | | | | | | | | | | | |

| 氏名 | | ① | ② | ③ |
|--------------------|---------------|------------------------------|----------|----------|
| 年中の収入 | 公的年金 | 円 | 円 | 円 |
| | 給与(パート収入等を含む) | 円 | 円 | 円 |
| | 年金・給与以外の収入 | 円 () | 円 () | 円 () |
| | 合計 | 円 | 円 | 円 |
| 課税状況の照会についての同意(署名) | | 私の課税状況について、官公署に照会することに同意します。 | | |

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者欄の記載は不要です。

| | | | | |
|-----|----|--|----------|--|
| 申請者 | 氏名 | | 連絡先 | |
| | 住所 | | 被保険者との関係 | |

(注意事項)

- 市町村民税が課税されている、いないにかかわらず、ご本人(40歳以上65歳未満の方は除く)及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害年金、遺族年金、恩給、特別弔慰金、災害弔慰金等)は除きます。
- 公的年金源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、直近の1月1日時点において魚津市に住所がある方は、上記「課税状況の照会についての同意」欄に署名いただければ、書類の添付は不要です。

様式第3号(第9条関係)

高額医療合算総合事業サービス費支給兼
自己負担額証明書交付申請書

| | | | |
|---|-----|---------------------------|---------|
| フリガナ | | | |
| 被保険者氏名 | | 保険者番号 | |
| 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | |
| 住 所 | | 魚津市 電話番号 ー | |
| 魚津市における介護保険の加入期間 | | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 年7月末日時点で加入していた医療保険者の所在地・名称 | | | |
| | | 氏 名 | 生 年 月 日 |
| | | 介護保険の被保険者の場合 被保険者番号を記載 | |
| 世帯構成 | 世帯主 | | |
| | 世帯員 | | |
| | | | |
| 魚津市長 あて 上記のとおり高額医療合算総合事業サービス費を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 電話番号 ー 氏 名 | | | |

- (注意) 1 介護保険及び総合事業の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算総合事業サービス費として支給されます。
- 2 合算対象の世帯内に介護保険及び総合事業の自己負担額がある被保険者が複数いる場合は、被保険者ごとに申請が必要です。
- 3 「世帯構成」欄には、支給対象期間の末日(7月末日)時点に加入している医療保険における世帯構成を記入して下さい。(被用者保険については、「世帯主」欄に被保険者、「世帯員」欄に被扶養者を記入、後期高齢者医療については「世帯主」、「世帯員」の区分にかかわらず記入して下さい。)
- 4 介護保険被保険者証が交付されていない被保険者は、「世帯構成」欄の介護保険被保険者番号の記入は不要です。
- 5 高額医療合算総合事業サービス費が支給される場合、支給金額は下記の指定口座に振り込まれます。
- 6 給付制限を受けている方については、高額医療合算総合事業サービス費の支給ができない場合があります。

高額医療合算総合事業サービス費を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | |
|---------|----------------|-----------------|---------------------------|------|
| 口座振替依頼欄 | 銀行 金庫 組合 | 本店 支店 出張所 | 種 目 | 口座番号 |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 | |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義人 | | | |

市記入欄

| | | | |
|-------|--------|--------|-----|
| 区 分 | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備 考 |
| 1 単 独 | | 有 ・ 無 | |
| 2 合 算 | | 給付割合 | |

附 則

この告示は、公表の日から施行し、令和3年8月1日から適用する。