

申請代行等の手引き

【宇治市介護保険課】

様式集

掲載している様式は、令和8年4月現在のものです。
改正等があった場合は、随時、宇治市ホームページに掲載しますので、ご確認くださいませ
ようお願いいたします。

～様式集目次～

様式番号	要介護・要支援認定に関すること
1	介護保険 要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更・介護）
2-1	介護認定調査に係る聞き取り票（在宅用）
2-2	介護認定調査に係る聞き取り票（施設用）
3	介護保険 要介護認定・要支援認定取消申請書
4	介護（予防）サービス計画作成に係る要介護認定資料の提供申出書
5-1	宇治市版【総合事業申請書】 介護予防・日常生活支援総合事業 対象者認定申請書
5-2	宇治市版【総合事業聞き取り票】
5-3	宇治市版【総合事業基本チェックリスト】

様式番号	給付に関すること
6	介護保険(特例)居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書
7	介護保険給付申請にかかる給付費用受領委任状
8	介護保険料の還付・介護保険給付の受領に係る相続人届
9	介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
10	高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
11	介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
12	住宅改修が必要な理由書
13	住宅改修に係る承諾書
14	介護保険給付申請にかかる受領委任状（受領委任払い用）
15	介護保険住宅改修費支給申請取り下げ申出書
16-1	宇治市介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び支給申請支援実施（変更）届
16-2	宇治市介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び支給申請支援に関する住宅改修支援費支給申請書
16-3	口座振込依頼書
16-4	委任状（受領のみ）・口座振替依頼書

様式番号	給付に関すること
17	介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書
18	宇治市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給にかかる理由書
19	排泄予測支援機器 確認調書
20	介護保険福祉用具購入費受領委任払い用事業所登録届出書兼口座振込依頼書
21	軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申出書
22	福祉用具貸与に係る医師の所見書

様式番号	利用者の負担額の減額に関すること
23-1	介護保険負担限度額認定申請書
23-2	同意書
24	収入・資産等申告書(特例減額措置用) <被保険者用>
25	収入・資産等申告書(特例減額措置用) <被保険者以外の者用(16歳未満は不要)>
26	社会福祉法人等利用者負担額減額適用確認申請書
27	収入・資産等申告書<被保険者用>
28	収入・資産等申告書<世帯員用(16歳未満は不要)>
29	訪問介護利用者負担額減額申請書
30-1	介護保険利用者負担額減免認定申請書
30-2	資産等申告書
30-3	収入等申告書
31	認知症対応型共同生活介護家賃等減額認定申請書

様式番号	その他
32	宇治市 居宅(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成 依頼(変更)届出書
33	介護保険 被保険者証等 再交付申請書
34	介護保険関係書類の送付先設定・解除・変更届出書
35	介護給付費過誤申立書

様式番号	その他
36	事故報告書<様式1>
37	感染症等報告書（発生時）<様式2>
38	感染症等報告書（終息時）<様式3>
39	感染症発症状況表<様式4>
40	入退所連絡票
41	施設入所申込書
42	同意書
43	特例入所申出書
44	特例入所申出者情報提供書
45	一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けた居宅サービス計画の届出書
46	介護保険関係書類の提出等にかかる委任状

該当に○してください。

介護保険 要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更・介護）

※要支援者の新規要介護認定申請は介護に○

宇治市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		0 0 0	個人番号					
	医療 保 険	保険者名			保険者番号				
		被保険者証	記号		番 号			枝番	
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名				性 別	男 ・ 女			
	住 所		〒		電話番号				
	現在（前回）の要介護認定の結果等		要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分	1 2	事業対象者	
			有効期間	年 月 日 から		年 月 日			
変更・介護申請の理由									
有 ・ 無	介護保険施設・医療機関等入院所（現在）	介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日 から			
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日 から			

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・指定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				
	受診状況	最終受診日	年 月 日	次回受診日	年 月 日			

2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	番号
-------	----

* 提出代行者の場合は、記載不要

提 出 者	氏 名	本人との続柄						
	住 所	電話番号						

*「要支援1」「要支援2」の認定結果となった場合、地域包括支援センター等が介護予防サービス計画の作成等を行います。「非該当」となった場合も、要介護状態になることを未然に防ぐための地域支援事業の対象者となる場合がありますが、地域包括支援センターが対象者の把握を行っています。

□ 以上の趣旨のもと、本申請の認定結果が「要支援1」「要支援2」又は「非該当」となった場合、宇治市から私の住所を担当地域とする地域包括支援センター等に、「認定結果」及び「住所、氏名、性別、生年月日、連絡先」等の情報を提供することに同意します。

□ 介護保険の要介護認定に係る主治医意見書を記載した主治医が、私の日常生活を支援していくために認定結果を求められた場合、当該主治医に対して宇治市が認定結果を提供することに同意します。

※ 上記同意の場合は☑チェックをいれた上で署名してください。

被保険者氏名

介護認定調査に係る聞き取り票（在宅用）

様式2-1

宇治市

申請書と一緒に提出をお願いします。

		申請者	<input type="checkbox"/> 家族等 ・ <input type="checkbox"/> 代行事業所		
被保険者番号	0 0 0	被保険者 氏名			
住民票と異なる訪問先住所	(氏名 様宅) (本人との続柄) (電話番号)				
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族有り				
訪問日の調整連絡先	氏名	フリガナ		本人との続柄 ()	
		調査同席	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (本人のみの聞き取りでよい)		
	電話番号	※8：30～17：00に連絡可能な電話番号を記入してください。			
	希望日	<input type="checkbox"/> いつでもよい (土、日除く) <input type="checkbox"/> 希望する日時・曜日がある () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日時・曜日がある ()			
<p>※今回の申請は、交通事故など他者から受けた事象が原因ですか。 はい ・ いいえ</p> <p>※今回の申請に至った経過や介護サービスの希望等ご記入ください。</p>					
<p><代行事業所の方></p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査は、実施不可。</p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが実施可能。(ご担当者：)</p>					

●現在受けている1ヵ月間の在宅サービスを記入。

訪問介護（ホームヘルプ） <small>訪問型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業)</small>	回	曜日	(介護予防) 福祉用具貸与 (調査日時点)	品目
(介護予防) 訪問入浴介護	回	曜日	特定 (介護予防) 福祉用具販売 (過去6ヶ月)	品目
(介護予防) 訪問看護	回	曜日	住宅改修	有 ・ 無
(介護予防) 訪問リハビリテーション	回	曜日	夜間対応型訪問介護	1ヶ月 日
(介護予防) 居宅療養管理指導	回	曜日	(介護予防) 認知症対応型通所介護	1ヶ月 日
通所介護（デイサービス） <small>通所型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業)</small>	回	曜日	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	1ヶ月 日
(介護予防) 通所リハビリテーション（デイケア）	回	曜日	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム等)	1ヶ月 日
(介護予防) 短期入所生活介護（ショートステイ）	1ヶ月	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	1ヶ月 日
(介護予防) 短期入所療養介護（療養ショート）	1ヶ月	日	地域密着型介護老人福祉施設	1ヶ月 日
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム等)	1ヶ月	日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1ヶ月 回
看護小規模多機能型居宅介護	1ヶ月	日	介護保険給付外の在宅サービス ()	

介護保険 要介護認定・要支援認定 取消申請書

宇治市長 あて

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 電話番号			
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
		有効期間	年 月 日 から	年 月 日	
	取消申請の理由				

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

*提出代行者の場合は、記載不要

提 出 者	氏 名	本人との続柄
	住 所	

*本申請には、被保険者証及び認定結果通知書の添付が必要です。

また、介護予防サービスや介護サービス利用をされている方は、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者に連絡して下さい。

介護（予防）サービス計画作成に係る要介護認定資料の提供申出書

宇治市長 あて

下記の者に対する要介護認定資料の情報提供を申出します。

提供を申し出る資料		<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書				
被保険者	被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			申出年月日	令和 年 月 日
	フリガナ					
	氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒				電話番号
申出者	名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護対象施設 <input type="checkbox"/> （看護）小規模多機能型居宅介護事業者				
	所在地	〒				電話番号
	手続担当 従業員氏名					

○遵守事項（下記事項を遵守しなかった場合、以後の資料の提供は行いません。）

- ① 提供を受けた資料を、本人の介護サービス計画、介護予防サービス計画又は施設サービス計画の作成以外の目的に使用しないこと。
- ② 提供を受けた資料を、宇治市の承諾なく第三者（本人を含む。）に提供しないこと。
- ③ 提供を受けた資料を、宇治市の承諾なく複写又は複製しないこと。
- ④ 提供を受けた資料を、改ざんしないこと。
- ⑤ 従業者又は従業者であった者が、上記①から④に掲げる事項を遵守するよう必要な措置を講じること。
- ⑥ 提供を受けた資料を漏えい、き損又は滅失することのないよう安全な管理に努めること。
- ⑦ 提供を受けた資料を漏えい、き損又は滅失した場合は、宇治市に速やかに報告し、その指示に従うこと。
- ⑧ 宇治市から提供した資料の返還を求められたときは、速やかに返還すること。
- ⑨ 本人との契約関係が終了した場合、その他提供した資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写し、又は複製したものを含む。）を宇治市に返還するか、漏えいしない確実な方法で廃棄すること。

署名欄

私は、介護予防サービス計画、介護サービス計画又は施設サービス計画の作成に資するために、要支援・要介護認定に係る資料を宇治市から上記の事業者に提供することに同意します。

氏名 _____

市記入欄 上記のとおり情報提供してよろしいか伺います。

確認事項	1. <input type="checkbox"/> 従業員証(提示) 2. <input type="checkbox"/> 被保険者の同意 3. <input type="checkbox"/> 主治医の同意 4. <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画届出 又は 契約書写し(添付)			
受付者	決 裁		処 理 状 況	
	副課長	係長	担当	提供年月日 (年 月 日)
				認定調査年月日 (年 月 日)
				意見書記入年月日 (年 月 日)
				認定年月日 (年 月 日)

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者認定申請書

宇治市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	000	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		
	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 移行		
	前回の要支援認定等の結果	事業対象者 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護		
	*更新・移行の場合のみ記入	(前回有効期間) 年 月 日 から 年 月 日		
	希望するサービス	<input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 未定		
	担当の地域包括支援センター	東宇治北／東宇治南／南部・三室戸／中宇治／槇島／北宇治／西宇治／南宇治		

*介護予防・日常生活支援総合事業の利用にあたって、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行い、サービス利用のための計画作成にあたります。その際に、ご本人様の氏名、住所、生年月日等の基本情報のほか、基本チェックリストの実施結果、聞き取り票の情報及び認定結果が必要となります。

以上の趣旨について了解し、私の「住所、氏名、性別、生年月日、連絡先」等の基本情報、基本チェックリストの結果、聞き取り票の内容及び認定結果について、担当地域包括支援センターに提供することに同意します。

本申請については、下記の提出者に委任します。

被保険者氏名(自筆)

提出者

氏 名	本人との続柄
住 所	〒 電話番号

【以下、市確認欄】

番号	身元	代理権
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 被保険者証(割・限) 介護・後期・国保 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()

<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト添付	判定結果	特記事項	課長	係長	担当
基本チェックリスト実施日 年 月 日	該当 ・ 非該当				

記入日	年 月 日	相談者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ()
被保険者番号	○ ○ ○	被保険者氏名	

①年齢

65歳以上

65歳未満

②相談内容

〈5段階評価で記入〉		5	4	3	2	1	
相談内容についての緊急性は?	大至急	●	●	●	●	●	急ぎではない
相談ごとの改善の見込みは?	改善の見込みない	●	●	●	●	●	すぐに解決する見込みがある
物忘れの自覚は?	物忘れが多い	●	●	●	●	●	物忘れはない

〈具体的な相談ごと〉

<input type="checkbox"/> 通いの場に行きたい	<input type="checkbox"/> 手すりがほしい、住宅改修希望
<input type="checkbox"/> 寂しい	<input type="checkbox"/> ベッド、車いすを借りたい
<input type="checkbox"/> 掃除や買い物の支援を受けたい	<input type="checkbox"/> デイサービスに行きたい
<input type="checkbox"/> 集中的なリハビリを受けたい	<input type="checkbox"/> リハビリに通いたい
<input type="checkbox"/> 保健指導を受けたい	<input type="checkbox"/> 体調管理が心配
<input type="checkbox"/> 不測の事態に備えておきたい	<input type="checkbox"/> 施設に入所したい

〈コメント〉

.....

.....

.....

.....

.....

③サービス内容

総合事業

- ・現行相当の訪問・通所介護
- ・ボランティアによる家事の支援
- ・運動・レクリエーションなどの通いの場
- ・短期集中的な指導、予防事業

介護給付・予防給付
(⇒要介護・要支援認定の申請)

- ・在宅介護サービス
- ・施設入所
- ・地域密着型サービス

その他

- ・一般の介護予防事業
- ・サロン・サークル
- ・認知症予防教室

など

④基本チェックリストの実施

該当(⇒事業対象者の申請)

非該当

【市確認欄】

1~5	6~10	11~12	13~15	16	17	18~20	1~20	21~25
		3	2	2	1	1	10	2

被保険者番号	〇〇〇	実施日	年 月 日
氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日

No	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. 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	0. はい	1. 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	0. はい	1. いいえ
8	15分間位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI (＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
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言われますか	1. はい	0. いいえ
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	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
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	1. はい	0. いいえ
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	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

介護保険 (特例)居宅介護サービス費、(特例)介護予防サービス費
 (特例)居宅介護サービス計画費、(特例)介護予防サービス計画費
 (特例)施設介護サービス費
 (特例)地域密着型介護サービス費、(特例)地域密着型介護予防サービス費
 (年 月分) 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	郵便番号						
	電話番号						
支払金額合計							円
申請理由							
宇治市長宛て 上記のとおり、関係書類を添えて(特例)居宅介護サービス費、(特例)介護予防サービス費、 (特例)居宅介護サービス計画費、(特例)介護予防サービス計画費、(特例)施設介護サービス費、 (特例)地域密着型介護サービス費又は(特例)地域密着型介護予防サービス費の支給を申請しま す。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 被保険者との続柄							

注意 この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は指定居宅介護支援提供証明書を添付してください。

(振込先)

- 公金受取口座を利用します。
- 下記の金融機関の預金口座へ振込みを依頼します。

口座振込 依頼欄	銀行 信金 農協・信組		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					

※原則として、被保険者本人の口座をご記入ください。(被保険者本人以外の口座となる場合は、被保険者本人の委任状が必要です。)

市記入欄

受付印	受付者	区 分	保険料納付状況	支給限度額確認	支給額
		1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納分 有・無 滞納分 有・無		

令和 年 月 日

宇治市長 あて

介護保険給付申請にかかる給付費用受領委任状

次の申請により宇治市から給付の決定を受けた場合、支給金額に相当する費用の受領に関する権限を、下記の者に委任します。

*該当項目に○をして下さい。

- () 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請
 () 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請
 () 介護保険（特例）居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請
 () 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請
 () 高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請
 () その他 []

[委任者]（依頼者・・・被保険者本人）

介護保険被保険者番号	0	0	0							
------------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

住 所 宇治市

氏 名 印

電話番号 ()

[受任者]（受領者）

住 所

氏 名

委任者との続柄

電話番号 ()

- 介護保険料の還付
 介護保険給付の受領
- に係る

相 続 人 届

令和 年 月 日

宇治市長 あて

代表 相 続 人	住 所	〒 —
	フリガナ	
	氏 名	
	電話番号	— —

私は、被相続人_____の（続柄）_____であり、
 民法第898条（共同相続）に基づき、共有する相続財産を受け取る
 相続人の一人として手続きすることを了承します。

（共同相続の効力）

第八百九十八条 相続人が数人あるときは、相続財産は、その共有に属する。

（平一六法一四七・一部改正）

※この届は、手続きの代表者を定めるものであり、権利を確定するものではありません。

※上部の「介護保険給付の受領」にチェックを入れた方は、裏面口座振込依頼欄に口座情報を記入してください。

市記入欄

受付印	受付者	決裁			被保険者番号	死亡年月日		
	保	課長	係長	担当				
	給				徴収方法	入力日		
					特徴 ・ 普徴	送付先	口座	保険料係 コピー

(注意)

- 下記の口座は、介護保険給付の受領用です。(高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費等)
介護保険料の還付に係る口座振込依頼書は別途送付いたします。
- 相続人口座への振込は原則として、翌月以降の支給からとなります。ただし、被相続人の口座が振込時に廃止されている等で振込不能が生じた場合は相続人口座へ振込みますので、被相続人と相続人の両方の口座について、ご確認ください。
- ご不明な点がございましたら、宇治市介護保険課給付係までお問合せください。

口座振込依頼欄

銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
		1 普通預金 2 当座預金 3 ()						
金融機関コード	店舗コード							
フリガナ								
口座名義人								

市チェック欄

高額

償還

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月

フリガナ				被保険者番号		0	0	0													
被保険者氏名				個人番号																	
生年月日		年 月 日																			
住 所		〒																			
				電話番号																	
		氏 名		生 年 月 日		介護保険被保険者の場合 被保険者番号															
世帯 構 成	世帯主						0		0		0										
	世帯員							0		0		0									
								0		0		0									
								0		0		0									
宇治市長 あて 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス（相当事業）費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 被保険者との続柄 電話番号																					

注意・今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス（相当事業）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。
 ・給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス（相当事業）費の支給ができない場合があります。

公金受取口座を利用します。
 高額介護（介護予防）サービス（相当事業）費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行・信金 信組・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 ()				
フリガナ									
口座名義人									

※被保険者本人の口座への振込を原則とします。（本人以外の口座となる場合は委任状が必要です）

市記入欄

受付印	受付者	備考

高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	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	年 月 ~ 年 月	
氏名						計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月	
介護保険資格情報								
保険者番号	被保険者証番号			保険者名称			加入期間	
							年 月 日から 年 月 日まで	
医療保険資格情報								
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号		保険者名称			加入期間	
							年 月 日から 年 月 日まで	
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	口座名義人
1. 窓口払い 2. 口座振込								
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。								

年 月 日

宇治市長 あて

上記対象者について、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給および
自己負担額証明書の交付を申請します。

申請者 郵便番号
住所
氏名
電話番号

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号		0	0	0																
	個人番号																				
	生年月日		明・大・昭	年	月	日生															
住所	〒 ー																				
	電話番号																				
住宅の所有者	被保険者との関係()																				
改修の内容	□手すりの取付け		事業所名																		
	□段差の解消		受領委任登録番号																		
	□滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更		着工(予定)日		令和	年	月	日													
	□引き戸等への扉の取替え		完成(予定)日		令和	年	月	日													
□洋式便器等への便器の取替え																					
改修費用総額	円																				
	負担割合																				
宇治市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 被保険者との続柄																					

注意 ■ 事前申請の際には、申請書に加えて、工事費見積書・介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書・施工前の状態が確認できる書類等を添付してください ■ 改修を行った住宅の所有者が当該被保険者又は3親等以内の親族でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。 ■ 申請者欄の住所・氏名については、署名が必要です。

【支払方法】

- 受領委任払いとします。(受領委任登録番号を取得された事業所に限り、委任状が必要となります。)
- 償還払いとして、公金受取口座を利用します。
- 償還払いとして、居宅介護(支援)住宅改修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・信金 農協・信組		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															
フリガナ 口座名義人																				

※償還払いのみ、口座振込依頼欄を記入ください。

※原則として被保険者本人の口座をご記入ください。(被保険者本人以外の口座となる場合は委任状が必要です)

市記入欄

受付印	受付者	確認欄		審査欄			
		生活保護	有・無	□実績なし □実績あり	入力番号		
		給付制限	有・無		支給限度 見込額		
		要介護認定	無・有	円申請済 円支給済		支給決定 見込額	
		事業者登録	無・有	初回住所地		支給決定 見込額	
		入院(所)中	入院・在宅	初回介護度			
		負担割合	割				

住宅改修が必要な理由書

〈基本情報〉

利用者	被保険者番号	000	年齢	歳	生年月日	明大昭	年	月	日	作成者	現地確認日	令和	年	月	日	作成日	令和	年	月	日	
	被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 新規申請中		要支援						要介護										
	改修地住所	宇治市				1・2					1・2・3・4・5						印	連絡先			
	<input type="checkbox"/> 入院・入所中〔施設の名称〕〔退院・退所予定日：令和 年 月 日〕										職種	ケアマネ・保健師・看護師・社会福祉士					登録番号				

保険者	確認日	令和	年	月	日	評価欄	
	氏名						

〈総合的状況〉

利用者の身体状況	福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定	改修前	改修後
		車いす	
介護状況	特殊寝台		
	床ずれ防止用具		
	体位変換器		
	手すり		
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	スロープ		
	歩行器		
	歩行補助つえ		
	認知症老人徘徊感知機器		
	移動用リフト		
	腰掛便座		
	特殊尿器		
入浴補助用具			
簡易浴槽			
その他			

「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作、②①の具体的な困難状況（「・・・なので、・・・で困っている。」）

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難状況（「・・・なので、・・・で困っている。」）	③-1 改修目的・期待効果	③-2 改修の方針（「・・・することで、・・・が改善できる」）	④改修項目（改修箇所）
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入り口の出入り（扉の開閉を含む） <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り（移乗を含む） <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の解消 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 手すりの取り付け
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の脱着 <input type="checkbox"/> 浴室出入り口の出入り（扉の開閉を含む） <input type="checkbox"/> 浴室内での移動（立ち座りを含む） <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持（洗体・先髪を含む） <input type="checkbox"/> 浴槽の出入り（立ち座りを含む） <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の解消 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 段差の解消
外出	<input type="checkbox"/> 出入り口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の脱着 <input type="checkbox"/> 履物の脱着 <input type="checkbox"/> 出入り口の出入り（扉の開閉を含む） <input type="checkbox"/> 出入り口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の解消 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の解消 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> その他

住 宅 改 修 に 係 る 承 諾 書

令和 年 月 日

(被保険者)

住 所

氏 名

私は、上記の者が介護保険法に基づく住宅改修を行うために、私所有の下記の建物について住宅改修を行うことを承諾します。

(建物所有者)

住 所

氏 名

印

記

(建物の所在地)

住 所

令和 年 月 日

(あて先) 宇治市長

介護保険給付申請にかかる受領委任状 (受領委任払い用)

私は下記の事業者に { () 介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修費
{ () 介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費 }
 の受領に関する権限を委任します。

[委任者] (依頼者・・・被保険者本人)

介護保険被保険者番号	0	0	0																
------------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所 宇治市 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

私は上記受領に関する件につき、宇治市の定める受領委任払い制度により取り扱うことに同意し、権限を受任します。

[受任者]

事業所 番号	住宅改修 (受領委任登録番号)																		
	福祉用具 (都道府県の指定番号)																		

住 所 _____

事業所名 _____

代表者 (職) 氏名 _____ 印

令和 年 月 日

宇治市長 あて

申 出 者	住 所	
	氏 名	
	本人との続柄	
	電話番号	

介護保険住宅改修費支給申請取り下げ申出書

下記の理由により、次の被保険者の介護保険住宅改修費の支給について、申請の取り下げを申し出ます。

被 保 険 者	被保険者番号	000	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		電話番号	
	住 所			

事前申請日	令和 年 月 日
申請取り下げ理由	

※「事前申請確認のお知らせ」の承認書をお持ちの方は、添付してください。

市記入欄

受付印	受付者	備 考

年 月 日

宇治市長 あて

(届出者) 事業所名
所在地 (〒 -)代表者名
電話番号 (- -)宇治市介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び
支給申請支援実施 (変更) 届宇治市介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び支給申請支援を実施
(変更) しますので届出を行います。

※介護保険住宅改修の利用のみを希望される要介護1～5及び認定新規申請中の方からご相談があった場合には、理由書作成支援実施事業所一覧を配付いたします。下記の掲載内容につきまして、ご回答ください。

① 介護保険住宅改修理由書作成支援実施事業所一覧への公開の有無。

 公開 非公開

② 理由書作成対象地域を選択ください。

 1、宇治市全域 2、地域に限定して受け入れる

(対象地域 :)

年 月 日

宇治市長 あて

(申請者) 法人名
 事業所名
 所在地
 代表者名

宇治市介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び
 支給申請支援に関する住宅改修支援費支給申請書

標記の件につきまして、次の者について宇治市介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び支給申請支援業務が完了しましたので、住宅改修支援費支給にかかる申請をします。

記

年 月分		理由書作成事業所			市記入欄
	事後申請日	被保険者番号	被保険者氏名	理由書作成者氏名	
1	/				
2	/				
3	/				
4	/				
5	/				
6	/				
7	/				
8	/				
9	/				
10	/				

口座振込依頼書

年 月 日

宇治市長 あて

(依頼者) 法人名
事業所名
所在地

代表者氏名 印
電 話 ()

宇治市から支払いを受ける宇治市介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び支給申請支援費を、下記の金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信金 農協 信組 労金 本店 支店・出張所								
預金種目	1 普通 2 当座 3 その他 ()								
口座番号	<table border="1" style="width:100%; height:65px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>								
口座名義	(カタカナ) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>								

令和 年 月 日

宇治市長あて

委任状(受領のみ)

委任者 法人名称
事業所名称
所在地
代表者

印

宇治市から支払を受ける介護保険住宅改修支給申請にかかる理由書作成及び支給申請支援の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者 法人名称
事業所名称
所在地
代表者

口座振替依頼書

依頼者 法人名称
(受任者)事業所名称
所在地
代表者

印

宇治市から支払を受ける介護保険住宅改修費支給申請にかかる理由書作成及び支給申請支援費について、令和 年 月 日以降、下記金融機関の預金口座に振込を依頼します。なお、金融機関との取引を停止した時またはこの依頼書の内容を変更した時は、直ちに通知します。

<振込先金融機関名>

銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金 4 その他	口座番号 (右詰 で記 入)						
フリガナ									
口座名義									

※ 振込口座の名義は、受任者です。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者名	被保険者番号		0 0 0			
	個人番号					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	
住 所	〒					電話番号
福祉用具名(種目名及び商品名)	製造事業者	購入金額	負担割合	利用者負担額	購入日	
TAISコード	販売事業者					
—		円	割	円	年 月 日	
—		円	割	円	年 月 日	
—		円	割	円	年 月 日	
合計		円		円		

宇治市長 あて
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。
なお、貸与と購入の選択制の対象種目の場合は、選択に資する適切な情報の提供を受けました。

令和 年 月 日
申請者 住所
氏名(自署) 電話番号
被保険者との続柄

【支払方法】

- 受領委任払いとします。 ※委任状(受領委任払い用)を添付してください。
- 償還払いとして、公金受取口座を希望します。
- 償還払いとして、居宅介護（介護予防）福祉用具購入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・信金 農協・信組	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		
	フリガナ 口座名義人				

※原則として被保険者本人の口座をご記入ください(被保険者本人以外の口座となる場合は委任状が必要です)。
※償還払いのみ、口座振込依頼欄をご記入ください。

注意 ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

市記入欄

受付印	受付者	確認欄		審査欄	
		給付制限	有 ・ 無	再購入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		生活保護	有 ・ 無	年度管理	円申請済 円支給済
		要介護状態区分	新規・変更中 支 ・ 介	支給	円
				決定額	円
					円

排泄予測支援機器 確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

____年 ____月 ____日

事業所名 _____

所在地 _____

確認者名 _____

記

【利用者情報】

氏名

生年月日 ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳

同居家族 _____ トイレへの主な介助者

要介護区分 要介護・要支援

介護認定調査 項目2-5 排尿 (該当するものに○をする)

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名： _____ 機種名： _____

【確認項目】

試用の有無 ※無の場合はその理由	有・無 (無の場合、以下に試用しなかった理由を記載)		
試用期間	____月 ____日 ~ ____月 ____日 (1日あたり ____時間装着)		
装着し、通知がされたか	可・否	通知後、トイレまでの誘導時間	____分
試用結果 (※) (通知後にトイレで排泄できた回数/実際の通知回数)			
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回
____月 ____日	____回 / ____回	____月 ____日	____回 / ____回

(※) 試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。

令和 年 月 日

(あて先) 宇治市長

介護保険福祉用具購入費受領委任払い用
事業所登録届出書兼口座振込依頼書

どちらかに○をつけて ください	新規 ・ 変更
変更内容	(例：代表者名・口座など)

<変更の場合は、変更箇所のみ記入してください。>

事業者名(法人名)											
住 所	〒										
事業所番号(※都道府県の指定番号)											
事業所名											
事業所所在地	〒										
代表者(職)氏名											印
電話番号											

※印は受領委任状に使用する代表者印を押印のこと。

※新規登録又は事業所番号の変更の場合は、事業所番号が分かるものを添付してください。

私が介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領委任を受けた場合は、下記の金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信金 農協・信組				本店・支店・出張所		
	金融機関コード				店舗コード		
預金種目	1 普通		2 当座		3 その他()		
口座番号							
フリガナ 口座名義							

※個人口座は登録できません。内容に変更がある場合は、速やかに届け出てください。

福祉用具貸与に係る医師の所見書

【介護支援専門員・地域包括支援センター職員等記入欄】

福祉用具貸与が必要と思われる者				
氏名			被保険者番号	
性別	男・女	生年月日		要支援 要介護
住所			1・2	1・2・3
認定有効期間	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日

【主治医記入欄】

医師の医学的な所見等	
医師から見た利用者の心身状態 (疾病名・病状など 医学的な所見)	※できる限り詳細な記載をお願い致します。
状態像	<input type="checkbox"/> i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻りに利用者等告示第31号のイに該当する者 (例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
	<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例:がん末期の急速な状態変化)
	<input type="checkbox"/> iii) 疾病その他の原因により、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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者 (例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
必要とされる福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)

上記のとおり、福祉用具貸与の必要性を認めます。

記載日 年 月 日

医療機関名

医師名

利用者等告示第31号のイに定める状態像の者

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ
ア 車いす及び車いす 付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
イ 特殊寝台及び特殊 寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起き上がりが困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者
ウ 床ずれ防止用具及 び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者
エ 認知症老人徘徊感 知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に 吸引する機能の ものを除く)	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者

介護保険負担限度額認定申請書

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	年			月	日								
住所	郵便番号			電話番号															
介護保険施設等の名称及び所在地(※)	郵便番号			電話番号															
入所(院)年月日(※)	年 月 日			※介護保険施設等に入所(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、記入は不要です。															

配偶者の有無	有 ・ 無			左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入は不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日																			
	住所	郵便番号			電話番号															
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	郵便番号																		
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者又は②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税非課税世帯であつて、課税年金収入額、【障害年金・遺族年金*】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が <u>年額80.9万円以下</u> です。(【 】内の受給している年金に○印を付してください。以下同じ。) *寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。																		
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税非課税世帯であつて、課税年金収入額、【障害年金・遺族年金*】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が <u>年額80.9万円超、120万円以下</u> です。																		
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税非課税世帯であつて、課税年金収入額、【障害年金・遺族年金*】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が <u>年額120万円超</u> です。																		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦の場合は、2,000万円)、③の方は650万円(夫婦の場合は、1,650万円)、④の方は550万円(夫婦の場合は、1,550万円)、⑤の方は500万円(夫婦の場合は、1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は、③~⑤の方は1,000万円(夫婦の場合は、2,000万円)以下です。																			
	預貯金額																			円
	有価証券(評価概算額)																			円
	その他(現金、負債等)																			円

注意事項

- この申請書における「配偶者」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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 記入し切れない場合は、余白又は別紙に記入の上添付してください。
- 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項の規定により、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

宇治市長宛て	
上記のとおり食費・居住費又は滞在費に係る負担限度額認定の申請をします。	
年 月 日	
住所	電話番号
申請者 氏名	被保険者との続柄

受付印

(市記入欄)

利用者負担段階 【 】 区分 特養、老健、療養型、医療院、小規模特養、その他

同意書

宇治市長宛て

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、宇治市長の報告の求めに対し、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ることについて異議はございません。

年 月 日

〈被保険者本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

収入・資産等申告書
(特例減額措置用)

被保険者用

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号			0	0	0					
	個人番号										
	生年月日			年 月 日							
住所	郵便番号										
	電話番号										
世帯構成	氏名			生年月日							
	世帯主			年 月 日							
	世帯員			年 月 日							
				年 月 日							

1 年間収入金額

収入の種類	収入金額
	円
	円
合計	円

2 利用者負担額の見込額(月額)

介護サービス費 (1割負担分)	円
居 住 費	円
食 費	円
合計	円

3 預貯金等の状況

金融機関等	預貯金額
銀行・信金 信組・農協 本店 支店 出張所	円
銀行・信金 信組・農協 本店 支店 出張所	円
銀行・信金 信組・農協 本店 支店 出張所	円
合計	円

4 本人の資産状況

- ① 居住用資産以外の資産の有無 無 有
 ② 有価証券等の有無 無 有 → 金額()

私の収入・資産等の状況について、上記のとおり相違ありません。
また、上記の申告に当たり、次の事項に同意します。

- 宇治市及び他の行政機関に対して、私の市町村民税の課税状況を照会(閲覧)すること。
- 宇治市及び他の行政機関に対して、私の資産の所有状況を照会(閲覧)すること。
- 金融機関に対して、私の預貯金等の金額を照会すること。

年 月 日

宇治市長あて

被保険者氏名

印

(注) 該当する□の中にレ印を付けてください。

収入・資産等申告書

(特例減額措置用)

被保険者以外の者用
(16歳未満は不要)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

1 年間収入金額

収 入 の 種 類	収 入 金 額
	円
	円
合 計	円

2 預貯金等の状況

金 融 機 関 等	預 貯 金 額
銀行・信金 信組・農協	本 店 支 店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本 店 支 店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本 店 支 店 出張所 円
合 計	円

3 本人の資産状況

- ① 居住用資産以外の資産の有無 無 有
- ② 有価証券等の有無 無 有 → 金額()

私の収入・資産等の状況について、上記のとおり相違ありません。

また、上記の申告に当たり、次の事項に同意します。

- 1 宇治市及び他の行政機関に対して、私の市町村民税の課税状況を照会(閲覧)すること。
- 2 宇治市及び他の行政機関に対して、私の資産の所有状況を照会(閲覧)すること。
- 3 金融機関に対して、私の預貯金等の金額を照会すること。

年 月 日

宇治市長あて

氏 名

印

(注) 該当する□の中にレ印を付けてください。

社会福祉法人等利用者負担額減額適用確認申請書

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	4	8
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
		生年月日	年	月	日				
住 所	〒								
	電話番号 ()								
申 請 理 由									
世帯構成		氏 名	生 年 月 日						
	世帯主		年	月	日				
	世帯員		年	月	日				
			年	月	日				
		年	月	日					
特養入所の場合	施設名		居室の種別						
宇治市長 宛て 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額減額の適用を申請します。 年 月 日 住所 〒 申請者 電話番号 () 氏名 被保険者との続柄									

※被保険者及び各世帯員の「収入・資産等申告書」の添付が必要です。

市記入欄

受付印	受付者	減額割合	備 考
	適用期間	年 月 日 から	年 月 日 まで

収入・資産等申告書

被保険者用

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	4	8
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
		生年月日	年			月		日	
住 所	郵便番号			電話番号 ()					

1 年間収入金額

収入の種類	収入金額
	円
	円
合 計	円

2 預貯金等の状況

金融機関等	預貯金額
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
合 計	円

3 本人の資産状況

- ① 居住用資産以外の資産の有無 無 有
- ② 有価証券等の有無 無 有 → 金額()

4 被保険者の被扶養状況

- ① 他の世帯に属する方の所得税・市町村民税の扶養控除対象者となっている。
はい いいえ
- ② 他の世帯に属する方の医療保険の被扶養者となっている。
はい いいえ

私の収入・資産等について、上記のとおり相違ありません。

また、上記の申告に当たり、次の事項に同意します。

- 1 宇治市及び他の行政機関に対して、私の市町村民税の課税状況を照会(閲覧)すること。
- 2 宇治市及び他の行政機関に対して、私の資産の所有状況を照会(閲覧)すること。
- 3 宇治市及び他の行政機関に対して、私の被扶養状況について照会(閲覧)すること。
- 4 金融機関に対して、私の預貯金等の金額を照会すること。

年 月 日

宇治市長 あて

被保険者氏名

印

(注) 該当する□の中にレ印を付けてください。

収入・資産等申告書

世帯員用
(16歳未満は不要)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	郵便番号		
	電話番号 ()		

1 年間収入金額

収 入 の 種 類	収 入 金 額
	円
	円
合 計	円

2 預貯金等の状況

金 融 機 関 等	預 貯 金 額
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
合 計	円

3 本人の資産状況

- ① 居住用資産以外の資産の有無 無 有
- ② 有価証券等の有無 無 有 → 金額()

私の収入・資産等について、上記のとおり相違ありません。
また、上記の申告に当たり、次の事項に同意します。

- 1 宇治市及び他の行政機関に対して、私の市町村民税の課税状況を照会(閲覧)すること。
- 2 宇治市及び他の行政機関に対して、私の資産の所有状況を照会(閲覧)すること。
- 3 金融機関に対して、私の預貯金等の金額を照会すること。

年 月 日

宇治市長 宛て
氏 名 印

(注) 該当する□の中にレ印を付けてください。

訪問介護利用者負担額減額申請書

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	4	8
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
		生 年 月 日							
		年 月 日							
住 所	郵便番号								
	電話番号								
利用者負担額減額申請理由									
		氏 名				生年月日			
世帯構成	世帯主					年 月 日			
	世帯員					年 月 日			
						年 月 日			
						年 月 日			
						年 月 日			
宇治市長あて 上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る減額を申請します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 被保険者との続柄 氏名									

上記の申請に係る決定に当たり、私に係る次の情報について宇治市及び他の行政機関に対して照会（閲覧）することに同意します。

- 1 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第2項に規定する居宅介護を利用していたかどうか（利用していたときは、その内容）
- 2 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第27条に規定する者に該当するかどうか

年 月 日
被保険者氏名 印

市記入欄

受付印	受付者	備 考

資産等申告書

1 預貯金等の状況

口座名義人	金融機関等	預貯金額
	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
	合 計	円

2 本人・世帯員の資産状況

- ① 居住用資産の有無 無 有 (所有者:)
 (評価額:)
- ② 居住用以外の資産の有無 無 有

被保険者及び世帯員の資産等について、上記のとおり相違ありません。
 また、介護保険利用者負担額の減額・免除の決定に当たり、次の事項に同意します。

- 1 宇治市及び他の行政機関に対して、被保険者及び世帯員の市町村民税の課税状況を照会(閲覧)すること。
- 2 宇治市及び他の行政機関に対して、被保険者及び世帯員の資産の所有状況を照会(閲覧)すること。
- 3 金融機関に対して、被保険者及び世帯員の預貯金等の金額を照会すること。

年 月 日
 宇治市長 あて

被保険者氏名 _____ (印)

世帯員氏名 _____ (印)

世帯員氏名 _____ (印)

世帯員氏名 _____ (印)

世帯員氏名 _____ (印)

収入等申告書

令和 年 月 日

被保険者氏名	住所	電話
--------	----	----

収入の状況								
氏名	(本人)		(配偶者)		(世帯員等1)		(世帯員等2)	
生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
収入種類	事業・不動産・山林・給与		事業・不動産・山林・給与		事業・不動産・山林・給与		事業・不動産・山林・給与	
月	当年 ①収入金額	前年 ②収入金額	当年 ①収入金額	前年 ②収入金額	当年 ①収入金額	前年 ②収入金額	当年 ①収入金額	前年 ②収入金額
1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
合計								

※以下事務使用欄

収入減少率							
対象月							

認知症対応型共同生活介護家賃等減額認定申請書

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	4	8		
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0						
		生年月日				年		月		日	
住 所	〒										
	電話番号										
申請理由											
世帯構成		氏 名	生 年 月 日								
	世帯主					年		月		日	
	世帯員						年		月		日
							年		月		日
							年		月		日
入居する認知症 対応型共同生活 介護事業所											
入居年月日			年		月		日				
宇治市長あて 上記のとおり認知症対応型共同生活介護家賃等減額の適用を申請します。 年 月 日 住所 〒 申請者 電話番号 氏名 被保険者との続柄											

※被保険者及び各世帯員の「収入・資産等申告書」の添付が必要です。

市記入欄

備 考													
適用期間			年		月		日	～	年		月		日

宇治市 居宅(介護予防)サービス計画作成 依頼(変更)届出書
 介護予防ケアマネジメント

		区 分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
		生年月日	
		年 月 日	
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼(変更)する事業者 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等			
事業者の事業所名 地域包括支援センター名		事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		住所	
		電話番号	
依頼(変更)年月日		事業者の事業所番号	
年 月 日			
居宅介護(介護予防)支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の事由等			
※事業所を変更する場合のみ記入してください			
(看護)小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無		※小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。	
<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			
宇治市長 あて 上記の { ()居宅介護支援事業者 ()介護予防支援事業者(地域包括支援センター) ()小規模多機能型居宅介護(予防)支援事業者 ()看護小規模多機能型居宅介護支援事業者 に居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)することを届出します。 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 () 氏名			

市記入欄

受付印	受付者	確認欄
		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護(予防)事業者事業所番号 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

- (注意) 1. この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、もしくは居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに宇治市へ提出してください。
2. 居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず宇治市に届出を行ってください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
3. 介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する場合で、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

介護保険関係書類の送付先 設定・解除・変更 届出書

令和 年 月 日

宇治市長 あて

宇治市からの介護保険関係書類の送付先を、下記の理由により 設定・解除・変更 してください。
 本届出書の内容は、真正なものであり虚偽又は不正な内容を含んでいません。また、本届出書の内容に変更があったときは、速やかに届け出ます。

被保険者	被保険者番号	0 0 0							生年月日	年	月	日	
	フリガナ												
	氏名								電話番号				
	住所	〒											

※郵送で申請をされる場合は、申請者の本人確認証（運転免許証等）の写しを添付してください。
 該当する□に印をつけ、②であれば必要事項をご記入ください。

申請者（受任者）	<input type="checkbox"/> ① 被保険者（本人）が申請します。被保険者が申請する場合は、申請者（受任者）欄の記入は不要です。 <input type="checkbox"/> ② 被保険者（本人）以外が申請します。												
	被保険者との続柄								生年月日	年	月	日	
	フリガナ												
	氏名								電話番号				
	住所	〒											

該当する□に印をつけ、2であれば必要事項をご記入ください。

送付先	<input type="checkbox"/> 1 申請者（受任者）の住所に設定を希望します。（方書に、氏名が記載されます。） <input type="checkbox"/> 2 下記住所に設定を希望します。												
	住所	〒							(様方)				
	被保険者との続柄								電話番号				

理由をできるだけ具体的にご記入ください。

理 由											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

市記入欄 上記のとおり、介護保険関係書類の送付先を、設定・変更または解除してよろしいか伺います。

受付印	受付者	入力者	入力日	決 裁			備 考
				課長	係長	担当	

※申請者確認

運転免許証

被保証（介護・割・限）

個人番号カード

その他（

）

介護給付費過誤申立書

事業者→保険者

宇治市 あて

	通常過誤
	同月過誤(年 月再請求分)

通常過誤または同月過誤に○を付け、同月過誤の場合は再請求年月を必ず記入してください。

保険者番号	2	6	2	0	4	8
保険者名	宇 治 市					
所在地	〒611-8501 宇治市宇治琵琶33番地					
連絡先	0774-20-8731					

事業者番号	被保険者番号		サービス提供年月	申立事由 コード	申 立 事 由
	被保険者氏名 (カナ)				
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		

上記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日 事業所名

事故報告書 (事業者→宇治市)

様式 1

※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 要	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・被保険者番号	氏名				年齢			被保険者番号			
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	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 ()										
		事故の種類	<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・往診) <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 自治体名 ()		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ()		<input type="checkbox"/> その他 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									

感染症の発生と経過状況（報告時点まで）			
日付	発生時の状況・ その後の経過	対処の方法	
		対応者	どのように対処したか

感染症等報告書（終息時）

報告年月日 年 月 日

事業所名	電話	—	—
	FAX	—	—
事業所の所在地	担当者氏名		
	担当者職名		
サービス種類			

終息時報告					
新たな患者が最後に出現した日		年 月 日			
発症者数等 (実数)	サービス種類	利用者数	利用者数のうち 発症者数	発症者数のうち 重篤者数 入院者数	
	合計				
	従業者	勤務者数	勤務者数のうち 発症者数	発症者数のうち 重篤者数 入院者数	
	職員				
	調理従事者				
	合計				
	当該感染症等による死亡者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 「有」の場合は、下記を記入する。			
	氏名	被保険者番号			
これまでの問題点及び今後の改善策	※平常時の衛生管理、利用者・職員の健康管理、感染症発生時の管理体制等を記入する。 ※保健所からの指導内容、改善事項についても記入する。 ※保健所へ提出する報告書の写しを添付する場合は、「別紙のとおり」としてもよい。				
保健所への報告		<input type="checkbox"/> 報告済 <input type="checkbox"/> 未報告（ 月 日報告予定）			

感染症の発生と経過状況（終息時まで）			
日付	発生時の状況・ その後の経過	対処の方法	
		対応者	どのように対処したか

感染症発症状況表

様式4

<発症状況>

サービス種類	定員	利用者数	月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															
			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															
			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															
合 計(利用者)			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															

※「利用者数」、「勤務者数」は、発生時から終息時までにご利用(勤務)した者の実数を記入してください。

※感染者数・重篤者数・入院者数は、発生時から終息時までの日々の状況(人数)を記入してください。

※利用日によって「利用者数」が変動するサービスについては、利用予定の日付に実数を記入してください。

様式39

感染症発症状況表

様式4

<発症状況>

従業員	従業員数	勤務者数	月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
職員			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															
調理従事者			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															
合計(従業員)			感染者数															
			重篤者数															
			入院者数															

※「利用者数」、「勤務者数」は、発生時から終息時までにご利用(勤務)した者の実数を記入してください。

※感染者数・重篤者数・入院者数は、発生時から終息時までの日々の状況(人数)を記入してください。

施設 記入 欄	受付日	令和 年 月 日
	受付番号	
	受付	

次のとおり、 _____ への入所を申し込みます。

施設入所申込書

入所 申込者	フリガナ			保険者番号	市区 町村					
	氏名			被保険者番号						
	性別	男 ・ 女		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (注) 1・2の方は別途「特列入所申出書」が必要です。					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	自宅住所	〒		電話番号						
現在の 居所	自宅等	居所		電話番号						
		居宅介護支援事業所名		電話番号						
		ケアマネジャー氏名								
	介護保険施設・一般病院等	施設・病院等の名称	(介護・医療)		入所等の履歴	(年 月 ~ 年 月)				
入所・入院期間	年 月 日 ~		(年 月 ~ 年 月)							
入所申込理由 (自宅で介護が困難な理由)										
他施設の 申込状況 (予定含む)		(年 月 日 申込)								
		(年 月 日 申込)								
		(年 月 日 申込)								
		(年 月 日 申込)								
申請者	氏名			入所希望者との続柄						
	住所	電話番号								
連絡先	氏名			入所希望者との続柄						
	住所	電話番号								

※連絡先は、申請者と同じ場合は記入不要です。

同意欄	今後、入所申込及び判定のために、私の施設入所申込書に記載されている情報を施設から宇治市に情報提供することに同意します。								
	令和 年 月 日				氏名				

■添付資料 : 介護保険被保険者証 ・ (居宅サービス利用中の方は) サービス利用票及び別表

■注意事項 : 常時介護が必要で在宅で介護を受けることが困難など、入所の必要性が高い場合に申請してください。
要介護認定の見直しや他施設入所等の状況の変化があった場合は、すぐに施設にお知らせください。

施設または介護支援専門員 記入欄

記入者		記入日		令和	年	月	日	
身体 の 状 況	健康状態	現在治療中の病名						
		受診している医療機関名						
		現在の病状等						
	日常生活	移動	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（ [独歩・杖・手引き・歩行器・手押し車]					
		食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（					
		排泄	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（					
		入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（					
		着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助・その他（					
		視覚	見える・見えにくい・見えない・その他（					
		聴覚	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない・その他（					
		意思伝達	できる・できない・その他（					
		認知症	正常・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・M					
		精神状態	正常・精神障害					
問題行動	ない・時々ある・ある							
家族 に つ い て	主たる 介護者	氏名		年齢	入所希望者との続柄			
				歳				
	介護者の 状況							
	同居	人（配偶者・子・孫・親・兄弟・その他 [
	別居	人（配偶者・子・孫・親・兄弟・その他 [
家族の 状況等								

施設記入欄

記入者	説明	直接・電話（令和	年	月	日）
特記事項					

同意書

私が入所を申し込んだ介護保険施設が入所審査をするにあたり、宇治市が介護保険施設に対して私の日常生活自立度についての情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

被保険者番号 000 _____

氏 名 _____ 印

- ※ 日常生活自立度：要介護認定の二次判定の際に用いられる日常生活自立度判定基準
※ 複数の施設へ申し込む場合は、この同意書を一つの施設に提出することで有効とします。
-

特例入所申出書

入所申込者	フリガナ			被保険者番号	0	0	0											
	氏名			性別	男 ・ 女													
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度		1 ・ 2										
	自宅住所	〒																
居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 (該当項目にチェックを付けてください。)	<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が頻繁に見られること																
	<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ること																
	<input type="checkbox"/> ③	家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること																
	<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																
居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 (できるだけ詳細に記載してください。)	※必ず記載してください。																	
記入者	氏名			入所申込者との続柄														
	住所 (事業所名)																	

■上記の欄は、入所申込者及び家族のほか、入所申込者を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）など、入所申込者の状況等を十分に把握できる方も記入できます。

施設名（ _____ ）あて 上記のとおり、特例入所の要件に該当することを申し出ます。 また、私の特例入所申出書に記載されている情報を施設から宇治市に情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 _____ 氏 名	受付印（受付日）

■要介護1又は2の入所希望者で、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由がある方は「施設入所申出書」と合わせてこの用紙を施設へ提出してください。

令和 年 月 日

特例入所申出者情報提供書

宇治市長あて

施設名()

下記のとおり、特例入所申出者の情報を提供します。

被保険者番号	氏 名	特例入所に該当する要件(※)	施設の申出書受付日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日
000			令和 年 月 日

■「施設入所申込書(写し)」及び「特例入所申出書(写し)」を添付してください。

(※)該当する番号を記入してください(複数可)。

- 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が頻繁に見られること□
- 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ること□
- ③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
- 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□

<p>< 市 記 入 欄 ></p>	<p>受 付 印</p>
<p>施設長 様</p> <p style="text-align: right;">宇治市介護保険課</p> <p>上記の特例入所申出者(名)の情報提供を受けましたのでお知らせします。 なお、この情報提供書により、入所の優先順位が上がるものではありません。 要介護3以上の入所申込者と同様に、入所判定委員会での適正な判定をお願いします。</p>	

一定回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付けた居宅サービス計画の届出書

年 月 日

宇治市長宛て

居宅介護支援事業所名	
介護保険事業所番号	
介護支援専門員 氏名	
電話番号	

下記の利用者への居宅サービス計画について、宇治市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例施行規則第6条第20号の規定により、一定回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付けましたので届け出ます。

フリガナ												
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0							

1. 居宅サービス計画書(以下、ケアプラン)の届出理由について (該当するものに○を記入)

<input type="checkbox"/>	初回(新規)
<input type="checkbox"/>	更新
<input type="checkbox"/>	区分変更
<input type="checkbox"/>	その他 ()

2. 生活援助中心型の回数 (該当する要介護度の欄に届け出るケアプランに位置付ける回数を記入)

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
ケアプランに位置付ける回数					

3. 届出書類チェック表 (確認後、○を記入)

届出書類		備考
<input type="checkbox"/>	届出書	
<input type="checkbox"/>	基本情報	
<input type="checkbox"/>	アセスメントシート	別紙にて把握している服薬情報や住宅見取り図等も添付してください
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書の写し(第1表～第5表)	居宅介護支援経過は当該サービス計画を作成または変更した月の前1年分まで
<input type="checkbox"/>	課題整理総括表	作成している場合のみ

4. 一定回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける理由

令和 年 月 日

宇治市長 あて

介護保険関係書類の提出等にかかる委任状

次の書類の提出又は受取に関する権限を、下記の者に委任します。

※該当項目に○をしてください。

- () 介護保険要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更・介護）
- () 宇治市居宅（介護予防）サービス計画（介護予防ケアマネジメント）作成（変更）届出書
- () 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書
- () 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
- () 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
- () 介護保険負担限度額認定申請書
- () 介護保険 被保険者証等 再交付申請書
- () 介護保険 要介護・要支援認定結果通知一式
- () その他

【 】

【委任者】（被保険者本人）

住所 _____

氏名 _____

【受任者】

住所 _____

事業所名 _____

氏名 _____

電話番号 _____

※受任者をご家族等の場合は、事業所名の記入は必要ありません。