

## 様式集

### 1 資格・住所地特例

| 項番 | 様式名                 | ルート     | 統一様式 | 任意様式 |
|----|---------------------|---------|------|------|
| 1  | 介護保険被保険者証           | 被 → 市   | ○    |      |
| 2  | 介護保険資格者証            | 被 → 市   | ○    |      |
| 3  | 介護保険資格取得・異動・喪失届     | 被 → 市   |      | ○    |
| 4  | 介護保険被保険者証交付申請書      | 被 → 市   |      | ○    |
| 5  | 介護保険被保険者証等再交付申請書    | 被 → 市   |      | ○    |
| 6  | 介護保険被保険者資格職権処理調査票   | 市       |      | ○    |
| 7  | 介護保険住所地特例適用・変更・終了届  | 被 → 市   |      | ○    |
| 8  | 介護保険他市町村住所地特例者連絡票   | 施市 → 従市 |      | ○    |
| 9  | 介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票 | 施 → 市   |      | ○    |
| 10 | 介護保険住所地特例施設変更通知書    | 施市 → 従市 |      | ○    |
| 11 | 介護保険住所地特例施設退所通知書    | 施市 → 従市 |      | ○    |
| 12 | 介護保険施設入所者名簿         | 市       |      | ○    |
| 13 | 介護保険他市町村住所地特例者名簿    | 市       |      | ○    |
| 14 | 介護保険住所地特例被保険者台帳     | 市       |      | ○    |

表面

| 介護保険被保険者証 (-)                |   |             |     |  |  |  |  |
|------------------------------|---|-------------|-----|--|--|--|--|
| 有効期限                         | 平成 年 月 日  |             |     |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者             | 番 号   |             |     |  |  |  |  |
|                              | 住 所   | 注1          |     |  |  |  |  |
|                              | フリガナ  |             |     |  |  |  |  |
|                              | 氏 名   |             |     |  |  |  |  |
|                              | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日 | 男・女 |  |  |  |  |
| 注2<br>交付年月日                  | 平成 年 月 日  |             |     |  |  |  |  |
| 保険者番号<br>並びに保険<br>者名称及び<br>印 | <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> |             |     |  |  |  |  |
|                              |   |             |     |  |  |  |  |

| (-)                |                     |        |          |
|--------------------|---------------------|--------|----------|
| 要介護状態区分等           | 注3                  | 認定年月日  | 平成 年 月 日 |
| 認定の有効期間            | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |        |          |
| 訪 問 通 所(院)<br>サービス | 区分支給限度額             |        |          |
|                    | 注4                  |        |          |
|                    | うち種類支給限度額           | サービス種類 | 種類支給限度額  |
|                    | 注5                  |        |          |
|                    |                     |        |          |
| 短期入所<br>サービス       | 区分支給限度額             |        |          |
|                    | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |        |          |
|                    | 注6                  |        |          |
| 認定審査会<br>意見等       | 注7                  |        |          |

| (-)                      |    |       |          |
|--------------------------|----|-------|----------|
| 給付制限                     | 注8 | 開始年月日 | 平成 年 月 日 |
|                          |    | 終了年月日 | 平成 年 月 日 |
| 居宅介護支援事業者名<br>・事業所名      | 注9 | 開始年月日 | 平成 年 月 日 |
|                          |    | 終了年月日 | 平成 年 月 日 |
| 居宅介護支援事業者名<br>・事業所名      |    | 届出年月日 | 平成 年 月 日 |
|                          |    | 変更年月日 | 平成 年 月 日 |
| 備考 介護保険施設が被保険者の入退所時に記載する |    |       |          |
| 介護保険施設                   | 種類 | 入所年月日 | 平成 年 月 日 |
|                          | 名称 | 退所年月日 | 平成 年 月 日 |
| 介護保険施設                   | 種類 | 入所年月日 | 平成 年 月 日 |
|                          | 名称 | 退所年月日 | 平成 年 月 日 |

- 注1 郵便番号を付しても差し支えない
  - 注2 資格取得年月日は削除した
  - 注3 要支援・要介護1・・・要介護5と記載
  - 注4 要介護度に応じた1か月分の限度額を記載
  - 注5 種類支給限度額を設定しない市町村においてはこの欄は不要、設定する市町村は設定する種類の数だけ欄を設ける
  - 注6 要介護度に応じた期間と限度額を記載  
家族介護による短期入所サービスの拡大した場合は、本来の短期入所の支給限度額に合算して記載
  - 注7 サービスの種類指定を含む
  - 注8 給付制限は「支払方法の変更」「給付額の減額」「保険給付の差止」と記載
  - 注9 居宅介護支援事業者、基準該当居宅介護支援事業者以外の介護サービス計画の場合は、「自作等」と記載  
市町村の判断でこの欄を増やすことは可能。
  - 注10 介護保険施設が被保険者の入退所時に記載する。市町村の判断でこの欄を増やすことは可能。
- バウチャーを発行する市町村は、支給限度額の欄「うちバウチャー切り分け欄」を設ける必要がある

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 三 病院、診療所、介護老人保健施設又は訪問介護若しくは訪問リハビリテーションを行う事業所から介護サービスを受ける場合は、この証に老人保健の健康手帳を添えて、事業者又は介護保険施設に提出してください。
- 四 認定の有効期間を経過したときは、保険給付ができませんので、経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、更新を受けてください。
- 五 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（入院又は入所時に食事に要する費用を除く。）の二割です。

(五)

- （居宅介護支援サービスの利用支払額はありませぬ。）また、入院又は入所時における食事に要する費用については、一日につき定額の標準負担額となります。
- ただし、居宅サービスについては、あらかじめ居宅介護支援事業者に介護サービス計画の作成を依頼し、その旨を市町村に届け出るか、自ら介護サービス計画を作成し、市町村に届けた場合に限り、これらの手続きをしなない場合は、給付は市町村からの事後払いになります。
- 六 居宅サービスには給付の限度額が設定されます。
  - 七 認定審査会意見等欄に記載がある場合は、その事項に留意してください。また、利用できるサービスの指定がある場合は、当該サービス以外は給付を受けられません。
  - 八 死亡、転出等の理由により、被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。

(六)

- 九 この証の表面の記載事項に変更があったときは、一四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 十 被保険者証の有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けてください。
- 十一 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 十二 災害等特別の事情がないのに保険料を滞納したときは、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割とする措置（給付額減額等）等を受ける場合があります。

表面 (1) (2) (3)

|                                   |              |                 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|
| 介護保険証<br><br>被保険者氏名<br><br>保険者名称等 | 要介護認定情報<br>等 | 居宅介護支援<br>事業者名等 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|

裏面 (6) (5) (4)

|               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|
| 注意事項<br><br>3 | 注意事項<br><br>2 | 注意事項<br><br>1 |
|---------------|---------------|---------------|

○ 証の大きさ

|    |       |    |       |
|----|-------|----|-------|
|    | 介護    |    | 国保    |
| 縦  | 128ミリ | 縦  | 128ミリ |
| 横  | 273ミリ | 横  | 273ミリ |
| 両面 | 6面    | 両面 | 6面    |

○ 6面を基本とし、市町村の任意により面を増やすことは可能とする。

○ 要介護・要支援認定のごとに被保険者証に認定事項等を手書きで記入するか、証を回収して、

新規に交付するかは、市町村の任意とする。

## 介護保険資格者証

|                          |          |                     |          |          |
|--------------------------|----------|---------------------|----------|----------|
| 有効期限                     |          |                     |          |          |
| 被保険者                     | 番 号      |                     |          |          |
|                          | 住 所      |                     |          |          |
|                          | フリガナ     |                     |          |          |
|                          | 氏 名      |                     |          |          |
|                          | 生年月日     | 明・大・昭 年 月 日         | 男・女      |          |
|                          | 交付年月日    |                     |          |          |
|                          | 要介護状態区分等 |                     | 認定年月日    | 平成 年 月 日 |
| 認定の有効期間                  |          | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |          |          |
| 訪問・通所サービス                |          | 区分支給限度額             |          |          |
| うち種類支給限度額                | サービスの種類  | 種類支給限度額             |          |          |
|                          |          |                     |          |          |
|                          |          |                     |          |          |
| 短期入所サービス                 |          | 区分支給限度額             |          |          |
|                          |          | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |          |          |
| 認定審査会意見等                 |          |                     |          |          |
| 給付制限                     |          | 開始年月日               | 平成 年 月 日 |          |
|                          |          | 終了年月日               | 平成 年 月 日 |          |
|                          |          | 開始年月日               | 平成 年 月 日 |          |
|                          |          | 終了年月日               | 平成 年 月 日 |          |
| 居宅介護支援事業者名・事業所名          |          | 届出年月日               | 平成 年 月 日 |          |
| 居宅介護支援事業者名・事業所名          |          | 届出年月日               | 平成 年 月 日 |          |
| 備考 介護保険施設が被保険者の入退所時に記載する |          |                     |          |          |
| 介護保険施設                   | 種類       | 入所年月日               |          |          |
|                          | 名称       | 退所年月日               |          |          |
| 介護保険施設                   | 種類       | 入所年月日               |          |          |
|                          | 名称       | 退所年月日               |          |          |
| 保険者番号並びに<br>保険名称及び印      |          |                     |          |          |

### 注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定（認定）を受けてください。
- 2 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は訪問看護若しくは訪問リハビリテーションを行う事業所から介護サービスを受ける場合は、この証に老人保健の健康手帳を添えて、事業者又は介護保険施設へ提出してください。
- 4 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（入院又は入所時に食事に要する費用を除く。）の1割です。（居宅介護支援サービスの利用時支払額はありません。）また、入院又は入所時における食事に要する費用については、一日につき定額の標準負担額となります。  
但し、在宅サービスについては、あらかじめ居宅介護支援事業者へ介護サービス計画の作成を依頼し、その旨を市町村に届け出るか、自ら介護サービス計画を作成し、市町村へ届け出た場合に限ります。これらの手続をしない場合は、給付は市町村からの事後払いになります。
- 5 在宅サービスには給付の限度額が設定されます。
- 6 認定審査会意見等の欄に記載がある場合は、その事項に留意して下さい。また、利用できるサービスの指定がある場合は、当該サービス以外は給付を受けられません。
- 7 死亡、転出等の理由により、被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村へ返してください。
- 8 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村へその旨を届け出てください。
- 9 資格者証の有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに、市町村へ提出して、検認又は更新を受けてください。
- 10 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 11 災害等特別の事情がないのに保険料を滞納したときは、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割とする措置（給付額減額等）等を受ける場合があります。



\* 住民異動届と複写式を想定

## 介護保険資格取得・異動・喪失届

〇〇市（町村）長 様  
次のとおり届け出ます。

| 届出人氏名   |                 | 本人との関係 |     | 資格異動年月日<br>取得・異動・喪失 年 月 日   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
|---|-----------------|--------|-----|---|----------|-------------|------|------|--------|----------|-------------|------|------|---------|-----|------|---------|--------|-----|-------|-------|---------|-----|--|--|-----|-----|--|------|---------|-----|--|--|-----|-----|--|------|---------|-----|--|--|-----|-----|--|------|---------|-----|--|--|-----|-----|--|------|---------|-----|--|--|-----|-----|--|------|---------|-----|--|--|-----|-----|--|
| 届出人住所   | 〒 電話番号          |        |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 届出日<br>平成 年 月 日   | 異動日<br>平成 年 月 日 |        |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 届出事由  |                 |        |     | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">取得事由</td> <td style="width: 33%;">喪失事由</td> <td style="width: 33%;">異動事由</td> </tr> <tr> <td>市外転入</td> <td>市外転出</td> <td>氏名変更</td> </tr> <tr> <td>職権復活</td> <td>職権喪失</td> <td>住所変更</td> </tr> <tr> <td>65歳到達</td> <td>死亡</td> <td>世帯変更</td> </tr> <tr> <td>適用除外非該当</td> <td>適用除外該当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他取得</td> <td>その他喪失</td> <td></td> </tr> </table> | 取得事由     | 喪失事由        | 異動事由 | 市外転入 | 市外転出   | 氏名変更     | 職権復活        | 職権喪失 | 住所変更 | 65歳到達   | 死亡  | 世帯変更 | 適用除外非該当 | 適用除外該当 |     | その他取得 | その他喪失 |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 取得事由  | 喪失事由            | 異動事由   |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 市外転入  | 市外転出            | 氏名変更   |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 職権復活  | 職権喪失            | 住所変更   |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 65歳到達   | 死亡              | 世帯変更   |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 適用除外非該当   | 適用除外該当          |        |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| その他取得   | その他喪失           |        |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 新住所<br>〒  |                 |        |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 旧住所<br>〒  |                 |        |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| 本年1月1日の住所   |                 |        |     |   |          |             |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">生年月日</th> <th style="width: 10%;">性別</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 10%;">被保険者番号</th> <th style="width: 10%;">要介護認定の有無</th> <th style="width: 10%;">介護保険施設入所の有無</th> <th style="width: 10%;">備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>フリガナ</td> <td>明・大・昭・平</td> <td>男・女</td> <td>世帯主</td> <td></td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>明・大・昭・平</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>明・大・昭・平</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>明・大・昭・平</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>明・大・昭・平</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>明・大・昭・平</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>明・大・昭・平</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                 |        |     |   | 氏名       | 生年月日        | 性別   | 続柄   | 被保険者番号 | 要介護認定の有無 | 介護保険施設入所の有無 | 備考   | フリガナ | 明・大・昭・平 | 男・女 | 世帯主  |         | 有・無    | 有・無 |       | フリガナ  | 明・大・昭・平 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  | フリガナ | 明・大・昭・平 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  | フリガナ | 明・大・昭・平 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  | フリガナ | 明・大・昭・平 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  | フリガナ | 明・大・昭・平 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  | フリガナ | 明・大・昭・平 | 男・女 |  |  | 有・無 | 有・無 |  |
| 氏名  | 生年月日            | 性別     | 続柄  | 被保険者番号  | 要介護認定の有無 | 介護保険施設入所の有無 | 備考   |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| フリガナ  | 明・大・昭・平         | 男・女    | 世帯主 |   | 有・無      | 有・無         |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| フリガナ  | 明・大・昭・平         | 男・女    |     |   | 有・無      | 有・無         |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| フリガナ  | 明・大・昭・平         | 男・女    |     |   | 有・無      | 有・無         |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| フリガナ  | 明・大・昭・平         | 男・女    |     |   | 有・無      | 有・無         |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| フリガナ  | 明・大・昭・平         | 男・女    |     |   | 有・無      | 有・無         |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| フリガナ  | 明・大・昭・平         | 男・女    |     |   | 有・無      | 有・無         |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |
| フリガナ  | 明・大・昭・平         | 男・女    |     |   | 有・無      | 有・無         |      |      |        |          |             |      |      |         |     |      |         |        |     |       |       |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |      |         |     |  |  |     |     |  |

## 介護保険 被保険者証交付申請書

〇〇市（町村）長 様  
次のとおり申請します。

|         |        |          |
|---------|--------|----------|
|         | 申請年月日  | 平成 年 月 日 |
| 申請者氏名   | 本人との関係 |          |
| 申請者住所 〒 | 電話番号   |          |

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|                  |        |      |         |       |       |  |
|------------------|--------|------|---------|-------|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ   |      |         |       |       |  |
|                  | 被保険者氏名 |      | 生 年 月 日 | 明・大・昭 | 年 月 日 |  |
|                  | 性 別    |      | 男       | ・     | 女     |  |
| 住 所              | 〒      | 電話番号 |         |       |       |  |

|        |  |               |  |
|--------|--|---------------|--|
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
|--------|--|---------------|--|

\* 2号被保険者の被保険者証交付申請者用





介護保険被保険者資格職権処理調査票

年 月 日作成

|         |       |
|---------|-------|
| 資格取得年月日 | 年 月 日 |
|---------|-------|

|                  |        |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ   |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |        | 性別   | 男     | ・ | 女 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所               | 〒      |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                  |       |     |    |    |       |    |      |     |     |     |    |    |    |                            |
|------------------|-------|-----|----|----|-------|----|------|-----|-----|-----|----|----|----|----------------------------|
| 調<br>査<br>内<br>容 | 郵便物戻り | 4月  | 5月 | 6月 | 7月    | 8月 | 9月   | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 住民登録<br><br>有<br>・<br>無    |
|                  | 被保険者証 |     |    |    |       |    |      |     |     |     |    |    |    |                            |
|                  | 通知書   |     |    |    |       |    |      |     |     |     |    |    |    |                            |
|                  | 納付書   |     |    |    |       |    |      |     |     |     |    |    |    |                            |
|                  | 督促状   |     |    |    |       |    |      |     |     |     |    |    |    |                            |
|                  | 転出先   | 年   | 月  | 日  | 転居・市外 |    |      |     |     |     |    |    |    | 呼出通知<br>年 月 日発送<br>年 月 日戻り |
| 調査経過             |       |     |    |    |       |    |      |     |     |     |    |    |    | 来所期限<br>年 月 日              |
| 未<br>納           | 年度    | 期から | 年度 | 期  | 年度    | 期  | 最終納入 | 年度  | 期   |     |    |    |    |                            |
|                  | 年度    | 期から | 年度 | 期  | 年度    | 期  |      | 年度  | 期   |     |    |    |    |                            |
|                  | 年度    | 期から | 年度 | 期  | 年度    | 期  |      | 年度  | 期   |     |    |    |    |                            |

処理日 年 月 日  
 住民登録主管課連絡日 年 月 日  
 資格喪失日 年 月 日

調査員氏名 \_\_\_\_\_

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

〇〇市（町村）長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

\* 上記（適用・変更・終了）より該当するものに丸をつける

在宅→施設：適用    施設→施設：変更    施設→在宅：終了

|       |   |       |        |   |   |   |
|-------|---|-------|--------|---|---|---|
|       |   | 届出年月日 | 平成     | 年 | 月 | 日 |
| 届出人氏名 |   |       | 本人との関係 |   |   |   |
| 届出人住所 | 〒 |       | 電話番号   |   |   |   |

\* 届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

|                  |        |  |  |  |  |  |  |      |             |
|------------------|--------|--|--|--|--|--|--|------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                  | フリガナ   |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                  | 氏名     |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
|                  |        |  |  |  |  |  |  | 性別   | 男 ・ 女       |

|             |    |  |  |  |  |  |  |         |             |
|-------------|----|--|--|--|--|--|--|---------|-------------|
| 世<br>帯<br>主 | 氏名 |  |  |  |  |  |  | 世帯主との続柄 |             |
|             |    |  |  |  |  |  |  | 生年月日    | 明・大・昭 年 月 日 |
|             |    |  |  |  |  |  |  | 性別      | 男 ・ 女       |

|                       |                        |    |   |   |   |  |  |      |  |
|-----------------------|------------------------|----|---|---|---|--|--|------|--|
| 異<br>動<br>前<br>情<br>報 | 従前の住所                  | 〒  |   |   |   |  |  | 電話番号 |  |
|                       | * 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと |    |   |   |   |  |  |      |  |
|                       | 施設名称                   |    |   |   |   |  |  |      |  |
|                       | 退所年月日                  | 平成 | 年 | 月 | 日 |  |  |      |  |

|                       |                         |    |   |   |   |  |  |      |  |
|-----------------------|-------------------------|----|---|---|---|--|--|------|--|
| 異<br>動<br>後<br>情<br>報 | 現住所                     | 〒  |   |   |   |  |  | 電話番号 |  |
|                       | * 異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと |    |   |   |   |  |  |      |  |
|                       | 施設名称                    |    |   |   |   |  |  |      |  |
|                       | 入所年月日                   | 平成 | 年 | 月 | 日 |  |  |      |  |

## 介護保険他市町村住所地特例者連絡票

文 書 番 号

平 成 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

〇〇市（町村）長

次の者が本市（町村）所在の介護保険施設に転入しましたので、連絡します。

|       |    |   |   |   |
|-------|----|---|---|---|
| 転入年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 入所年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |

|             |            |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
|-------------|------------|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 対<br>象<br>者 | 被保険者番号     |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ       |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
|             | 氏 名        |      |       |   |   |   |  |  |  |  |  |
|             |            | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |
|             |            | 性 別  | 男     |   | ・ | 女 |  |  |  |  |  |
|             | 転入前<br>住 所 | 〒    |       |   |   |   |  |  |  |  |  |

|                            |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 入<br>所<br>し<br>た<br>施<br>設 | 名 称  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 電話番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 所在地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

〇〇市（町村）長様

介護保険施設

次の方が下記の施設 に入所  
 ・ しましたので、連絡します。  
 を退所

|          |          |
|----------|----------|
| 入所・退所年月日 | 平成 年 月 日 |
|----------|----------|

|                  |              |   |      |       |   |   |       |  |  |  |  |
|------------------|--------------|---|------|-------|---|---|-------|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号       |   |      |       |   |   |       |  |  |  |  |
|                  | フリガナ         |   |      |       |   |   |       |  |  |  |  |
|                  | 氏 名          |   | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日     |  |  |  |  |
|                  |              |   | 性 別  | 男     | ・ | 女 |       |  |  |  |  |
|                  | 入所前住所        | 〒 |      |       |   |   |       |  |  |  |  |
|                  | 退所後住所        | 〒 |      |       |   |   |       |  |  |  |  |
| *1               |              |   |      |       |   |   |       |  |  |  |  |
| 退所理由             | 1 他の介護保険施設入所 |   |      | 2 死亡  |   |   | 3 その他 |  |  |  |  |

\*1 死亡退所の場合は記載不要

|         |  |           |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 名 |  | 保 険 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|

|        |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施<br>設 | 名 称   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 電話番号  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地 | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



## 介護保険住所地特例 施設退所通知書

文 書 番 号

平 成 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

〇〇市（町村）長

次の者が施設を退所しましたので、通知します。

|             |        |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|-------------|--------|--|--|--|--|--|------|-------|---|---|---|
| 対<br>象<br>者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|             | フリガナ   |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|             | 氏 名    |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
|             |        |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女 |   |   |   |
| 退所後<br>住 所  | 〒      |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |

|       |          |           |
|-------|----------|-----------|
| 退所年月日 | 平成 年 月 日 | 転 居 ・ 転 出 |
|-------|----------|-----------|

|        |      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施<br>設 | 名 称  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 電話番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 所在地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |







## 介護保険 住所地特例被保険者台帳

平成 年 月 日 作成

|                |                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|----------------|----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|---|---|---|
| 被<br>保<br>者    | 被保険者番号         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|                | フリガナ           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
|                | 氏 名            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
|                |                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男     |   |   |   |
|                | 住所地特例<br>適用前住所 | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |
| 住所地特例<br>終了後住所 | 〒              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |   |   |   |

|   | 施設名称 | 施設所在地 | 入退所年月日  | 住所地特例適用期間 |
|---|------|-------|---------|-----------|
| 最 |      | 〒     | 入所日 . . | 適用 . .    |
| 初 |      | 電話番号  | 退所日 . . | 終了 . .    |
| 2 |      | 〒     | 入所日 . . | 変更 . .    |
|   |      | 電話番号  | 退所日 . . | 終了 . .    |
| 3 |      | 〒     | 入所日 . . | 変更 . .    |
|   |      | 電話番号  | 退所日 . . | 終了 . .    |
| 4 |      | 〒     | 入所日 . . | 変更 . .    |
|   |      | 電話番号  | 退所日 . . | 終了 . .    |