

老発 1225 第 3 号
令和 2 年 12 月 25 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令
の一部を改正する省令」の公布等について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令（令和 2 年厚生労働省令第 208 号。以下「改正省令」という。）については、本日公布され、同日施行されました。

このうち、当局所管の省令の改正の概要及び関連する文書の取扱いについては、下記の通りですので、貴職におかれましては、これを御了知いただくとともに、管内の市町村（特別区を含む。）をはじめ、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

記

第 1 当局所管の省令の改正

1 改正の概要

規制改革実施計画（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）において、「原則として全ての見直し対象手続（※）について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正やオンライン化を行う」こととされていること等を踏まえ、次に掲げる省令において、押印を求めている手続について、以下の改正を行う。

（※）所管する行政手続等のうち、法令又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているもの。

- （1）福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則（平成 5 年厚生省令第 43 号）（改正省令第 10 条第 4 号関係）

福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行令（平成 5 年政令第 313 号）第 2 項の規定による認定の申請手続を行う場合に、申請書に記名押印を求めていたところ、押印を求めないこととする。

- (2) 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）（改正省令第 96 条関係）
要介護認定又は要支援認定の申請手続を、指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターが代わって行う場合に、申請書に記名押印を求めているところ、押印を求めないこととする。
- (3) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則（改正省令第 97 条関係）
(2) に準じた改正を行うこととする。

2 経過措置

- (1) 改正省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、改正省令による改正後の様式によるものとみなすこととする。
- (2) 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、例えば、手書きによる打ち消し線を引くなど、これを修正して使用することができることとする。

第2 当局関係通知等における押印の取扱い

今回の省令改正にあわせ、当職から発せられた主な通知については、以下のとおり改正する。

また、その他当職及び当局から発せられた通知等における行政手続の規定及び様式についても、改正省令による見直しに準じて、押印を不要とする変更等が行われたものとみなして取り扱うものとする。この場合において、変更の主な方法は、押印を求めることとしている規定を削り、また、様式中の「印」等の表記を削ることとする。また、当職及び当局から発せられた通知等における行政手続の規定及び様式について、第 1 の 2 の経過措置と同様の対応を行う。

なお、当局が発出する交付要綱等会計手続に関する押印廃止については、別途、それぞれの通知改正等により個別に通知する予定であることを申し添える。

- 1 介護老人保健施設の開設者について（平成 12 年 9 月 30 日老発第 621 号）の別記様式の一部改正
別紙 1のとおり改正する。
- 2 要介護認定等の実施について（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号）の別添 1－1 及び 1－2 の一部改正
別紙 2のとおり改正する。
- 3 介護医療院を開設できる者について（平成 30 年 3 月 30 日老発 0330 第 14 号）の別記様式の一部改正

別紙3のとおり改正する。

- 4 社会保障審議会介護保険部会「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」
中間とりまとめを踏まえた対応について（令和2年3月6日老発0306第8号）の一部改
正

別紙4のとおり改正する。

第3 貴職が独自に定める様式等の取扱い

当局所管の法令に基づいて貴職が実施する手続のうち、関係法令や当職から発せられた通知に基づくものとは別に独自に定められている様式等において、国民や事業者等に押印等を求めている場合においては、「地方公共団体における押印見直しマニュアルの策定について」（令和2年12月18日付け規制改革・行政改革担当大臣通知。参考別紙。）及び本通知を参考として、押印の見直しへの積極的な取組を期されたい。

省

令

○厚生労働省令第二百八号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令を定める。

令和二年十二月二十五日

厚生労働大臣 田村 憲久

押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令

（健康保険法施行規則の一部改正）

第一条 健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）の一部を次のように改正する。
次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改	正	後
（移送費の支給の申請） 第八十二条（略） 2（略） 3 前項の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日及び氏名を記載しなければならぬ。 4（略） （傷病手当金の支給の申請） 第八十四条（略） 2（略） 3 前項第一号の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日及び氏名を記載しなければならぬ。 4（略） （出産手当金の支給の申請） 第八十七条（略） 2・3（略） 4 第二項第一号の意見書には、これを証する医師又は助産師において診断年月日及び氏名を記載しなければならぬ。 5・6（略） （特定疾病の認定の申請等） 第九十九条（略） 2（略） 3 前項の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日及び氏名を記載しなければならぬ。 4（略）	（移送費の支給の申請） 第八十二条（略） 2（略） 3 前項の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。 4（略） （傷病手当金の支給の申請） 第八十四条（略） 2（略） 3 前項第一号の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。 4（略） （出産手当金の支給の申請） 第八十七条（略） 2・3（略） 4 第二項第一号の意見書には、これを証する医師又は助産師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。 5・6（略） （特定疾病の認定の申請等） 第九十九条（略） 2（略） 3 前項の意見書には、これを証する医師又は歯科医師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。 4（略）	改 正 前

(医療法施行規則等の一部改正)

第十条 次に掲げる省令の規定中「四」を削る。

一 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）附則様式第一、附則様式第二、附則様式第三、附則様式第四、附則様式第五、附則様式第七、附則様式第八、別記様式第一の三及び別記様式第一の四

二 狂犬病予防法施行規則（昭和二十五年厚生省令第五十二号）別記様式第四

三 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令（昭和三十三年厚生省令第十三号）様式第一号（表面）、様式第一号の二（表面）及び様式第二号（表面）

四 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則（平成五年厚生省令第四十三号）別記様式第一

五 確定給付企業年金法施行規則（平成十四年厚生労働省令第二十二号）様式第一号及び様式第二号

六 厚生労働省関係科学技術・イノベーション創出の活性化に関する法律施行規則（平成二十年厚生労働省令第五十三号）様式第一から様式第八まで

七 臨床研究法施行規則（平成三十年厚生労働省令第十七号）様式第一から様式第五（第一面）まで、様式第七から様式第十二（第一面）まで及び様式第十三

（死体解剖保存法施行規則の一部改正）

第十一 条 死体解剖保存法施行規則（昭和二十四年厚生省令第三十七号）の一部を次のように改正する。

第一号書式から第三号書式までの書式中「四」を削る。

第四号書式を次のように改める。

死体解剖資格認定申請書

住所

氏名

年 月 日生

一 医師又は歯科医師であるときは、その免許を受けた年月日及び医師又は歯科医師登録番号

二 主として行おうとする解剖の種類（系統、病理、法医学の別）

三 主として行おうとする場所

四 罰金以上の刑に処せられたことの有無（あるときはその罪及び刑）

右により資格を認定されたい。

年 月 日

印 紙 入

氏 名

厚生労働大臣 殿

第五号書式中「四」を削る。
第六号様式を次のように改める。

第六号書式

解剖用死体（死胎）交付申請書

一 死者の氏名、性別及び年令（死胎の場合は、父母の氏名、性別及び妊娠月数）

二 死亡の年月日時（死胎の場合は、分娩年月日時）

三 解剖の目的

四 埋葬又は火葬の予定場所

右により死体（死胎）を交付されたい。

年 月 日

〇〇医科大学（〇〇大学医学部）長

氏 名

市町村長 殿

(介護保険法施行規則の一部改正)
第九十六条 介護保険法施行規則(平成十一年厚生省令第三十六号)の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
(要介護認定の申請等) 第三十五条 (略) 2・3 (略) 4 法第二十七条第一項後段の規定により前項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センター(法第百十五条の四十六第一項の地域包括支援センターをいう。以下同じ。)が第一項の手続を代わって行う場合にあっては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は地域包括支援センターの別及び名称を記載しなければならない。 5・6 (略) (要支援認定の申請等) 第四十九条 (略) 2・3 (略) 4 法第三十二条第一項後段の規定により前項の規定において準用する第三十五条第三項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターが第一項の手続を代わって行う場合にあっては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は地域包括支援センターの別及び名称を記載しなければならない。 5・6 (略)	(要介護認定の申請等) 第三十五条 (略) 2・3 (略) 4 法第二十七条第一項後段の規定により前項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センター(法第百十五条の四十六第一項の地域包括支援センターをいう。以下同じ。)が第一項の手続を代わって行う場合にあっては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は地域包括支援センターの名称を冠して記名押印しなければならない。 5・6 (略) (要支援認定の申請等) 第四十九条 (略) 2・3 (略) 4 法第三十二条第一項後段の規定により前項の規定において準用する第三十五条第三項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターが第一項の手続を代わって行う場合にあっては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は地域包括支援センターの名称を冠して記名押印しなければならない。 5・6 (略)

(健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則の一部改正)
第九十七条 健康保険法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十三号)附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
(要介護認定の申請等) 第三十五条 (略) 2・3 (略)	(要介護認定の申請等) 第三十五条 (略) 2・3 (略)

4 法第二十七条第一項後段の規定により前項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センター（法第十五条の四十六第一項の地域包括支援センターをいう。以下同じ。）が第一項の手続を代わって行う場合にあつては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設又は地域包括支援センターの別及び名称を記載しなければならない。

5・6 (略)

(要支援認定の申請等)

第四十九条 (略)

2・3 (略)

4 法第三十二条第一項後段の規定により前項の規定において準用する第三十五条第三項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターが第一項の手続を代わって行う場合にあつては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設又は地域包括支援センターの別及び名称を記載しなければならない。

5・6 (略)

(国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律附則第二項の規定による還付の請求手続に関する省令の一部改正)

第九十八条 国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律附則第二項の規定による還付の請求手続に関する省令（平成十一年厚生省令第五十四号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
3 第一項の規定によって提出する請求書には、請求者の氏名及び請求の年月日を記載しなければならない。	3 第一項の規定によって提出する請求書には、請求者の氏名及び請求の年月日を記載し、押印しなければならない。

(確定拠出年金法施行規則の一部改正)

第九十九条 確定拠出年金法施行規則（平成十三年厚生労働省令第七十五号）の一部を次のように改正する。

様式第一号から様式第六号までの様式中「四」を削る。

4 法第二十七条第一項後段の規定により前項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センター（法第十五条の四十六第一項の地域包括支援センターをいう。以下同じ。）が第一項の手続を代わって行う場合にあつては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設又は地域包括支援センターの名称を冠して記名押印しなければならない。

5・6 (略)

(要支援認定の申請等)

第四十九条 (略)

2・3 (略)

4 法第三十二条第一項後段の規定により前項の規定において準用する第三十五条第三項各号に掲げる要件を満たす指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターが第一項の手続を代わって行う場合にあつては、当該指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターは、同項に規定する申請書に「提出代行者」と表示し、かつ、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは指定介護療養型医療施設又は地域包括支援センターの名称を冠して記名押印しなければならない。

5・6 (略)

(傍線部分は改正部分)

(ハンセン病患者家族に対する補償金の支給等に関する法律施行規則の一部改正)

第百三十三条 ハンセン病患者家族に対する補償金の支給等に関する法律施行規則(令和元年厚生労働省令第七十三号)の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
(補償金の請求) 第四条 (略) 2 前項の請求書には、次に掲げる書類を添えなければならない。この場合において、当該書類が日本語で作成されていないものであるときは、当該書類に日本語の翻訳文を添えなければならない。 一 十 (略) (支払未済の補償金の申出) 第五条 (略) 2 前項の申出書には、次に掲げる書類を添えなければならない。この場合において、当該書類が日本語で作成されていないものであるときは、当該書類に日本語の翻訳文を添えなければならない。 一 五 (略)	(補償金の請求) 第四条 (略) 2 前項の請求書には、請求をしようとする者が署名又は記名押印をするともに、次に掲げる書類を添えなければならない。この場合において、当該書類が日本語で作成されていないものであるときは、当該書類に日本語の翻訳文を添えなければならない。 一 十 (略) (支払未済の補償金の申出) 第五条 (略) 2 前項の申出書には、申出をしようとする者が署名又は記名押印をするともに、次に掲げる書類を添えなければならない。この場合において、当該書類が日本語で作成されていないものであるときは、当該書類に日本語の翻訳文を添えなければならない。 一 五 (略)

附 則

(施行期日)

第一条 この省令は、公布の日から施行する。

(経過措置)

第二条 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

(栄養士法施行規則及び調理師法施行規則の一部を改正する省令の一部改正)

第三条 栄養士法施行規則及び調理師法施行規則の一部を改正する省令(令和元年厚生労働省令第五十号)の一部を次のように改正する。

開設者等認定申請書

厚生労働大臣
○○○○殿

令和 年 月 日

住所（法人であるときは
申請者 主たる事務所の所在地）
氏名（法人であるときは
名称及び代表者の職氏名）

○○○○（氏名又は法人の名称）を○○都道府県○○市町村○○町○○丁目○○番地
○○号に開設使用とする○○○介護老人保健施設の開設者として認定されたい。

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

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

令和

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号											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	〒																						
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場 合のみ記入 ※14 日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 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 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																					
			転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																					
	過去 6 月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
		介護保険施設等の名称等・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												
医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														
有 ・ 無											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・指定介護療養型医療施設、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

医療保険者名											医療保険被保険者証 記号番号												
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、〇〇市（町村）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

〇〇市（町村）長 様
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										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																			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2									
		有効期限 平成・令和 年 月 日から										令和 年 月 日									
	変更申請の理由																				
	過去 6 月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	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・指定介護療養型医療施設、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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市（町村）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

(別記様式)
開設者等認定申請書

厚生労働大臣
○○○○殿

令和 年 月 日

住所（法人であるときは
申請者 主たる事務所の所在地）
氏名（法人であるときは
 名称及び代表者の職氏名）

○○○○（氏名又は法人の名称）を○○都道府県○○市町村○○町○○丁目○
○番地○○号に開設しようとする○○○介護医療院の開設者として認定されたい。

○ 社会保障審議会介護保険部会「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」中間とりまとめを踏まえた対応について（令和2年3月6日老発0306第8号厚生労働省老健局長通知）（抄）

(傍線部分は改正部分)

新	旧
第一 （略）	第一 （略）
第二 中間取りまとめにおいて「令和元年度内目途の取組」とされた項目 （各指定権者における具体的な対応については、別添2を併せて参照）	第二 中間取りまとめにおいて「令和元年度内目途の取組」とされた項目 （各指定権者における具体的な対応については、別添2を併せて参照）
1 押印及び原本証明の見直しによる簡素化 （削る）	1 押印及び原本証明の見直しによる簡素化 <u>（1）法律に基づき、申請者が介護報酬等の支払いを受けることを認めるにあたり前提となる事項に関する申請について、押印を求める。具体的には、原則として以下の文書のみを対象とし、正本1部に限る。</u> ・ 指定（更新）申請書 ・ 誓約書（申請者が法に定める全ての欠格要件に該当しないことを誓約する文書） ・ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 <u>（2）付表や添付書類への押印は原則不要とする。</u>
<u>（1）指定（更新）申請書、誓約書（申請者が法に定める全ての欠格要件に該当しないことを誓約する文書）、付表、添付書類、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書等への押印は不要とする。</u> （削る） （2） （略）	<u>（3）押印した文書をPDF化し、電子メール等により送付することも可とする。</u> （4） （略）
2～11 （略）	2～11 （略）
第三 （略）	第三 （略）

府政経シ第 631 号
令和 2 年 12 月 18 日

各 都 道 府 県 知 事
（行政改革担当課、市区町村担当課扱い）
各 指 定 都 市 市 長
（行政改革担当課扱い）

殿

規制改革・行政改革担当大臣
（ 公 印 省 略 ）

地方公共団体における押印見直しマニュアルの策定について

新型コロナウイルス感染拡大を防止するため、また、デジタル時代を見据えたデジタルガバメント実現のためには、押印原則、書面主義、対面主義からの決別が喫緊の課題となっています。デジタルガバメントは国と地方が二人三脚で取組を進めることによって大きな効果を発揮しますが、特に、住民に身近で多くの手続の窓口となる地方公共団体が果たす役割は大きく、積極的な取組が期待されます。

この度、地方公共団体が押印の見直しを実施する際の参考として、見直しに取り組む際の推進体制、作業手順、判断基準等を示したマニュアルを作成し、以下の内閣府ホームページで公開しましたので、このマニュアルを参考に、押印の見直しに積極的に取り組んでいただきますようお願いします。

また、このマニュアルは今後もユーザーの声や取組の成功事例を踏まえながら改訂していく予定ですので、ご意見は以下の宛先にお寄せいただきますようお願いします。

各都道府県におかれましては、貴都道府県内の市区町村（指定都市を除く。）、一部事務組合等に対しても、周知をよろしくお願いいたします。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に基づく技術的な助言であることを申し添えます。

○マニュアル掲載先（インターネット接続端末からご覧ください）

内閣府 HP「押印手続の見直し・電子署名の活用促進について」

https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/imprint/i_index.html

○マニュアルに関するご意見等の提出先

kiseikaikaku_gyouseikaikaku_team.a3y@cao.go.jp

【担当】

内閣府規制改革・行政改革担当大臣直轄チーム

大迫、龍石、吉原、安田

TEL：03-6910-2035

E-mail：

kiseikaikaku_gyouseikaikaku_team.
a3y@cao.go.jp

老総発 1225 第 2 号
老介発 1225 第 1 号
老高発 1225 第 1 号
老認発 1225 第 1 号
老老発 1225 第 1 号
令和 2 年 12 月 25 日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局）長 殿
中 核 市

厚生労働省老健局総 務 課 長
（ 公 印 省 略 ）
介 護 保 険 計 画 課 長
（ 公 印 省 略 ）
高 齢 者 支 援 課 長
（ 公 印 省 略 ）
認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）
老 人 保 健 課 長
（ 公 印 省 略 ）

押印を求める手続の見直し等のための「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」等の一部改正について

規制改革実施計画（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）において、「原則として全ての見直し対象手続について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通

達等の改正やオンライン化を行う」こととされていること等を踏まえ、押印を求めている手続を見直すため、下記のとおり、関係通知について押印を不要とする改正を行いますので、御了知の上、管内市町村、関係者、関係団体等にその周知をお願いいたします。

記

第1 関係通知の改正

- 1 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について（平成12年3月8日老企第41号）の別紙2及び別紙26の一部改正

別紙1のとおり改正する。

- 2 高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について（平成21年1月16日老介発第0116001号）の別添1及び別添4の一部改正

別紙2のとおり改正する。

※ 医療保険者を介して提出される様式であるため、適用時期については、各医療保険者によるもの。

- 3 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令等の施行に伴う留意事項について（平成27年3月31日老介発0331第1号）の別紙様式2－1及び別紙様式2－2の一部改正

別紙3のとおり改正する。

第2 経過措置

- 1 本通知による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、本通知による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分

の間、例えば、手書きによる打ち消し線を引くなど、これを修正して使用することができることとする。

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和 年 月 日

知事 殿

所在地
名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人の種別	法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名		氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市					
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称						
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	管理者の氏名						
届出を行う事業所・施設の種類の種類	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	
	指定居宅サービス	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
		訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
		訪問看護			1新規 2変更 3終了		
		訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
		居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
		通所介護			1新規 2変更 3終了		
		通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
		短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
		短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
		特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
		福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
		介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
		介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
		介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	施設	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
		介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
		介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
		介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防特定施設入居者生活介護				1新規 2変更 3終了			
介護予防福祉用具貸与				1新規 2変更 3終了			
施設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了			
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了			
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了			
	介護医療院			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号							
医療機関コード等							
特記事項	変 更 前			変 更 後			
関係書類		別添のとおり					

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。

7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和 年 月 日

市町村長 殿

所在地
名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種別			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名			氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	管理者の氏名						
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	
	訪問型サービス(みなし)			1新規 2変更 3終了			
	訪問型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了			
	訪問型サービス(独自・定率)			1新規 2変更 3終了			
	訪問型サービス(独自・定額)			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(みなし)			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自・定率)			1新規 2変更 3終了			
	通所型サービス(独自・定額)			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号							
特記事項	変 更 前				変 更 後		
関係書類		別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

別紙 2

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				性別		個人番号													
氏 名												試算期間の始期及び終期													
国民健康保険資格情報																									
保険者番号			被保険者証記号			被保険者証番号			続柄		保険者名称			加入期間											
									1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員					年 月 日から 年 月 日まで											
後期高齢者医療資格情報																									
保険者番号			被保険者番号						広域連合名称				加入期間												
													年 月 日から 年 月 日まで												
介護保険資格情報																									
保険者番号			被保険者番号						保険者名称				加入期間												
													年 月 日から 年 月 日まで												
支給方法		口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合		金融機関コード				本支店出張所		店舗コード		種目		口座番号				フリガナ				振込先口座管理番号	
1. 窓口払い 2. 口座振込		1												1.普通預金 2.当座預金 9.その他						口座名義人					
保険者加入歴		保険者名			加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄												
		1	年 月 日から 日まで																						
		2	年 月 日から 日まで																						
		3	年 月 日から 日まで																						

〒999-9999		〇〇県〇〇市△△町1-1		年 月 日					
		〇〇市長 国保太郎 殿							
① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。						郵便番号		住所	
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。						申請代表者			
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。						氏名			
高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。						電話番号			

備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項等

1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護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介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載して下さい。
例）口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
 - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
 - ・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
 - ・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）
 - ・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご留意下さい。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載して下さい。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

- 1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする）＋保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。
- 3. 保険者加入歴に介護保険（総合事業）自己負担額証明書の情報（保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号）が記載されている場合、介護保険者においてのみ使用するため、医療保険者は、システムへの登録を行わないこと。
なお、介護保険（総合事業）自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。
「証明対象年度西暦（4桁）＋“98”＋保険者番号（6桁）＋保険者が付する通し番号（8桁）」

(別添 4)

〒999-9999
〇〇県〇〇〇市〇〇町1-2-3
介護 太郎 様

高額介護合算療養費等支給（不支給）決定通知書（案）

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者証記号		被保険者(証)番号	
計算対象期間	年 月 ~ 年 月				
申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円		支給額	円	
給付の種類					
不支給の理由					
備考					

支 払 方 法					
* * *			口座払		
お持ちいただくもの	・この通知書 ・〇〇保険被保険者証	振込先	金融機関		
支払場所			口座種目		
支払期間			口座番号		
			口座名義人		

〒 (所在地)	全国健康保険協会 支部長 健康保険組合理事長 市長 県後期高齢者医療広域連合長 印
---------	---

問い合わせ先 〒123-45XX 〇〇県××市□□□1-2-3 ××市 市〇〇課 電話番号 XXX(XXX)XXXX
--

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、〇〇健康保険審査会に審査請求をすることができます。
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、□□に対して提起することができます。
- (1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

()

備考

1. この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

記入上の注意事項

1. 「備考」欄には、平成 20 年度において計算対象期間が 12 ヶ月となった場合に、“計算対象期間 12 ヶ月での計算による支給(計算対象期間16ヶ月での計算より支給額大)”等、被保険者への計算対象期間にかかる説明等を記載すること。
その他、被保険者への連絡において留意すべき事項があればその内容を記載すること。

(別紙)

介護保険負担限度額認定申請書

別紙 3

年 月 日

(申請先)

市(町村)長

次のとお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。

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		性別	男 ・ 女														
住 所	連絡先																	
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先																	
入所(院)年月日 (※)	年 月 日		(※)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		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、記載不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ																		
	氏 名																		
	生年月日	年 月 日		個人番号															
	住 所	連絡先																	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)																		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																		

収入等に関する申告	☐	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																	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。以下同じ。																	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)																	
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																	
	預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)		円	その他 (現金・負債を含む)	()※ 円	※内容を記入して下さい										

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (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。

同 意 書

市(町村)長 殿

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、貴市(町村)長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

事 務 連 絡
令和 2 年 12 月 25 日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局） 御中
中 核 市

厚生労働省老健局総 務 課
総 務 課 介 護 保 険 指 導 室
介 護 保 険 計 画 課
高 齢 者 支 援 課
認知症施策・地域介護推進課
老 人 保 健 課

押印を求める手続きの見直し等のための「介護サービス事業者の業務管理体制の整備の届出に関する規則（参考例）の送付について」等の一部改正について

規制改革実施計画（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）において、「原則として全ての見直し対象手続について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正やオンライン化を行う」こととされていること等を踏まえ、押印を求めている手続を見直すため、下記のとおり、関係事務連絡等について押印を不要とする改正を行いますので、御了知の上、管内市町村、関係者、関係団体等に周知をお願いいたします。

記

第 1 関係事務連絡の改正

- 1 介護サービス事業者の業務管理体制の整備の届出に関する規則（参考例）の送付について（平成 27 年 3 月 31 日付厚生労働省老健局総務課介護保険指導室事務連絡）の第 1 号様式及び第 2 号様式の一部改正
別紙 1 のとおり改正する。
- 2 指定居宅サービス事業所、介護保険施設、指定介護予防サービス事業所、指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及

び指定居宅介護支援事業所の指定に関する様式例について（平成 30 年 9 月 28 日付厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室ほか連名事務連絡）のうち以下についての一部改正

- ・ 別添 1 指定居宅サービス事業所、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業所向け様式例のうち、第 1 号様式、第 2 号様式、第 3 号の 2 様式から第 10 号様式まで及び参考様式 6
- ・ 別添 2 指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及び指定居宅介護支援事業所向け様式例のうち、第 1 号様式、第 2 号の 2 様式から第 5 号様式まで及び参考様式 6

別紙 2 のとおり改正する。

第 2 全国担当課長会議等の資料でお示した様式の改正

1 全国担当課長会議（平成 11 年 9 月 17 日開催） 資料 N0. 1

介護保険居宅介護（支援）サービス費等支給申請書（償還払い用）（案）、介護保険特例サービス費等支給申請書（受領委任）（案）、介護保険高額介護サービス費等支給申請書（案）及び介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書（案）の一部改正

別紙 3 のとおり改正する。

2 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成 18 年 3 月 13 日開催）

指定市町村事務受託法人指定申請書、介護保険法施行規令第 11 条の 2 第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書、変更届出書、廃止・休止・再開届出書及び指定市町村事務受託法人指定更新申請書の一部改正

別紙 4 のとおり改正する。

第 3 経過措置

- 1 本事務連絡による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、本事務連絡による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、例えば、手書きによる打ち消し線を引くなど、これを修正して使用することができることとする。

1 共通事項

- (1) 新規に業務管理体制を整備した事業者及び業務管理体制を届け出た後、事業所又は施設（以下「事業所等」という。）の指定や廃止等に伴い、事業展開地域の変更により、届出先区分の変更が生じた事業者は、この様式を用いて関係行政機関に届け出ること。
- (2) 受付番号及び事業者（法人）番号には記入しないこと。
- (3) 事業者の名称、主たる事務所の所在地、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所等は、登記内容等と一致すること。
- (4) 「1 届出の内容」
 - ① 新規に業務管理体制を整備し届け出る場合は、(1)法第 115 条の 32 第 2 項関係の（整備）に○を付けること。
 - ② 届出先区分の変更が生じた場合、(2)法第 115 条の 32 第 4 項関係の（区分の変更）に○を付けること。

なお、届出先区分の変更が生じた事業者は、区分変更前と区分変更後の行政機関にそれぞれ届け出ること。

事業所等の展開に応じた届出先行政機関

区分	届出先
① 事業所等が 3 以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	厚生労働大臣
② 事業所等が 2 以上の都道府県の区域に所在し、かつ、2 以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事
③ 全ての事業所等が 1 の都道府県の区域に所在する事業者	都道府県知事
④ 全ての事業所等が 1 の指定都市の区域に所在する事業者	指定都市の長
⑤ 地域密着型サービス（予防含む）のみを行う事業者であって、事業所等が同一市町村内に所在する事業者	市町村長

- (5) 「連絡先」

届出先の行政機関から、記載内容等についての連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入すること。

2 新規に業務管理体制を整備した事業者【法第115条の32第 2 項(整備)関係】

- (1) 「2 事業者」の「法人の種別」には、届出者が法人である場合に、営利法人、社会福祉法人、医療法人、社団法人、特定非営利活動法人等の区別を記入すること。
 - (2) 「3 事業所名称等及び所在地」については、みなし事業所及び介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業を除いた事業所等を記入し、「事業所名称」欄に事業所等の合計の数を記入すること。
- 書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこ

と。(既存資料の写し及び両面印刷可)

- (3) 「4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項」

①事業所等数に応じ整備する業務管理体制について、該当する全ての番号に○を付けること。

②第2号については、その氏名(フリガナ)及び生年月日を記入すること。

③第3号及び第4号を届け出る場合は、別添資料の添付により行うこと。

(既存資料の写し及び両面印刷可)

第2号 法令遵守責任者の氏名及び生年月日

第3号 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要

第4号 業務執行の状況の監査の方法の概要

事業所等数に応じて整備する業務管理体制

	事業所等数		
	20未満	20以上100未満	100以上
第2号	○	○	○
第3号	×	○	○
第4号	×	×	○

- (4) 「5 区分変更」は、区分変更のあった場合に記入するため、新規に業務管理体制を整備した事業者は、記入する必要はないこと。

3 業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等に伴い、事業展開地域の変更により、届出先区分の変更が生じた事業者【法第115条の32第4項(区分の変更)関係】

- (1) 事業所等の指定や廃止等により、届出先区分に変更があった事業者は、区分変更前及び区分変更後の行政機関にそれぞれ届け出ること。

- (2) 区分変更前行政機関への届出

「1 届出の内容」の「(2)法第115条の32第4項関係」の他「5 区分変更」に記入すること。

- (3) 区分変更後行政機関への届出

「1 届出の内容」「2 事業者」「3 事業所名称等及び所在地」「4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2項から第4号に基づく届出事項」

「5 区分変更」について、上記記入要領に基づいて記入すること。

なお、届出先区分の変更に合わせて、整備する業務管理体制の内容が変更された場合も、この様式を用いて届け出ること。

- (4) 「5 区分変更」欄

①「事業者(法人)番号」には、区分変更前行政機関が付番した番号を記入すること。

②「区分変更の理由」には、その理由を具体的に記入すること。

書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこと。(既存資料の写し及び両面印刷可)

③「区分変更日」は、事業所等の新規指定・廃止等により区分が変更された日を記入すること。

受付番号

介護保険法第 115 条の 32 第 3 項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

年 月 日

行政機関の長 殿

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号

A

変 更 が あ っ た 事 項

- 1 法人の種別、名称(フリガナ)
- 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX 番号
- 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日
- 4 代表者の住所、職名
- 5 事業所名称等及び所在地
- 6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日
- 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
- 8 業務執行の状況の監査の方法の概要

変 更 の 内 容

(変更前)

(変更後)

連絡先	所属		メール アドレス		電話 番号	
	フリガナ					
	氏名					

記入要領

- 1 受付番号には記入しないこと。
- 2 事業者の名称、主たる事務所の所在地、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所等は、登記内容等と一致すること。
- 3 「変更があった事項」の該当項目番号に○を付け、「変更の内容」に具体的に記入すること。

なお、書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこと。（既存資料の写し及び両面印刷可）

- 4 「5 事業所名称等及び所在地」については、みなし事業所及び介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業を除いた事業所等の指定や廃止等により事業所等の数に変更が生じ、整備する業務管理体制が変更された場合にのみ届け出ること。

この場合、変更前欄と変更後欄のそれぞれに、指定等事業所等の合計の数を記入し、変更後欄に追加又は廃止等事業所等の名称、指定（許可）年月日、介護保険事業所番号（医療機関等コード）、所在地を記入すること。

書ききれない場合は、記入を省略し別添資料として添付して差し支えないこと。

（既存資料の写し及び両面印刷可）

- 5 「7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要」及び「8 業務執行の状況の監査の方法の概要」については、事業者の業務管理体制の変更を行う場合（組織の変更、規程の追加等）に届け出ること。規程の字句の修正等体制に影響を及ぼさない軽微な変更は、届出を要しないこと。

なお、事業所等の数の変更により、「7」または「8」を追加等する場合は、該当項目番号に○を付け、追加の場合には、別添資料の添付により届け出ること。

（既存資料の写し及び両面印刷可）

- 6 届出先の行政機関から、記載内容等について連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入すること。

第1号様式

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
介護保険施設

指定（許可）申請書

年 月 日

知事 殿 (名称)
申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定（許可）を受けたいので、下記のとおり、
関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
		Email				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏 名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定（許可）申請対象事業等（該当事業に○）	既に指定（許可）を受けている事業等（該当事業に○）	指定（許可）申請をする事業等の開始予定年月日	様 式
	指定居宅サービス	訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
		特定福祉用具販売				付表12
	施設	介護老人福祉施設				付表13
		介護老人保健施設				付表14
		介護医療院				付表15
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護				付表2
		介護予防訪問看護				付表3
		介護予防訪問リハビリテーション				付表4
		介護予防居宅療養管理指導				付表5
		介護予防通所リハビリテーション				付表7
		介護予防短期入所生活介護				付表8
		介護予防短期入所療養介護				付表9
		介護予防特定施設入居者生活介護				付表10
		介護予防福祉用具貸与				付表11
	特定介護予防福祉用具販売				付表12	
	介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合)			
	医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)			

* 裏面に記載に関しての備考があります。

第2号様式

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

知事 殿

申請者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

開設者	名称	
	施設種別	
	所在地	
管理者	氏名	
	住所	
申出に係る居宅サービスの種類	☐	訪問看護
	☐	介護予防訪問看護
	☐	訪問リハビリテーション
	☐	介護予防訪問リハビリテーション
	☐	居宅療養管理指導
	☐	介護予防居宅療養管理指導
	☐	通所リハビリテーション
	☐	介護予防通所リハビリテーション
	☐	短期入所療養介護
	☐	介護予防短期入所療養介護

備考 申し出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

第3号の2様式

再開屆出書

年 月 日

知事 殿

住所

開設者（所在地）

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
再開した事業所	名称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
再開した年月日	年 月 日																			

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

第4号様式

廢止・休止届出書

年 月 日

知事 殿

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

[illegible]

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事 殿
開設者 所在地
名称
代表者氏名

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号																	
申請に係る施設		名称																	
		所在地																	
開設許可年月日		年 月 日																	
変更年月日		年 月 日																	
変更事項(該当に○)		変更の内容																	
	敷地面積	(変更前)																	
	建物建造																		
	施設の共用の場面の利用計画																		
	運営規則(職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。)	(変更後)																	
	協力病院の変更																		

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

知事 殿

開設者

所在地
名称
代表者氏名

次のとおり管理者の承認を申請します。

	介護保険事業所番号									
申請に係る施設	名称									
	所在地									
管理者になろうとする者の氏名、 住所及び資格	氏名									
	住所									
	資格									
申請理由(該当に○)		新規開設のため								
		管理者の変更のため								

備考 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

知事 殿

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定の変更を申請します。

[illegible]

備考 1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、当該項目番号に○を付してください。

2 以下の書類を添付(当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。)してください。

- (1) 施設の使用許可書の写し
- (2) 建物の構造概要及び平面図ならびに設備の概要
- (3) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

第10号様式

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
介護保険施設

指定(許可)更新申請書

年 月 日

知事 殿

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		Email						
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏 名	生年月日			
	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市						
事業所	事業等の種類				介護保険事業所番号			
	指定有効期間満了日							
	フリガナ 名称							
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市						
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき							
	フリガナ 名称							
管理者	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市						
	フリガナ 氏名				生年月日			
	住所	(郵便番号 —) 県 郡市						

別添 1 誓約書(参考様式6)
2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

(参考様式6)

誓 約 書

年 月 日

〇〇都道府県知事 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①： 居宅サービス事業所向け
	別紙②： 介護老人福祉施設向け
	別紙③： 介護老人保健施設向け
	別紙④： 介護医療院向け
	別紙⑤： 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

第1号様式

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所

指定申請書

年 月 日

市(町・村)長 殿 (名称)
申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ							
	名 称							
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先		電話番号			FAX番号		
			Email					
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名		フリガナ氏 名		生年月日	
代表者の住所		(郵便番号 ー) 県 郡市						
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類			指定申請対象事業 (該当事業に○)	既に指定を受けている事業 (該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様 式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						付表1
		認知症対応型通所介護						付表2
		小規模多機能型居宅介護						付表3
		認知症対応型共同生活介護						付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表7
		複合型サービス						付表8
		地域密着型通所介護						付表9
	居宅介護支援事業						付表10	
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護						付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護						付表3
介護予防認知症対応型共同生活介護						付表4		
介護保険事業所番号					(既に指定又は許可を受けている場合)			
医療機関コード等					(保険医療機関として指定を受けている場合)			

* 裏面に記載に関しての備考があります。

第2号の2様式

再開屆出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

住所

開設者（所在地）

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号																			
再開した事業所	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
再開した年月日	年 月 日																		

備考 事業の再開に係る届出にあっては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

第3号様式

廢止・休止届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

[illegible]

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

第4号様式

指定辞退届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
指定を辞退する施設	名称																		
	所在地																		
指定を受けた年月日	年			月			日												
指定を辞退する年月日	年			月			日												
指定を辞退する理由																			
現に施設に入所している者に対する措置																			

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

第5号様式

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所
指定居宅介護支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(町・村)長 殿 (名称)
申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 名称										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
		Email									
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏 名				生年月日			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市									
事業所	事業等の種類					介護保険事業所番号					
	指定有効期間満了日										
	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市									
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき										
	フリガナ 名称										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市									
管理者	フリガナ 氏名					生年月日					
	住所	(郵便番号 ー) 県 郡市									

- 別添 1 誓約書(参考様式6)
2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

(参考様式6)

誓 約 書

年 月 日

市(町・村)長 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①： 地域密着型サービス事業所向け
	別紙②： 居宅介護支援事業所向け
	別紙③： 地域密着型介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

介護保険居宅介護（支援）サービス費等支給申請書（償還払い用）（案）

介護保険居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費
 居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費
 施設介護サービス費、特例施設介護サービス費

支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	-----			
			被保険者番号	-----			
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒			電話番号			
支払金額合計	円						
申 請 理 由	----- ----- -----						
○○市（町村）長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費、居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名							

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		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	-----			
	フリガナ 口座名義人		-----					

市（町村）記入欄

区 分	保険料納付状況	領収証 確認欄	サービス 提供証明書 確認欄	備 考
1 一般	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無	-----	-----	-----
2 支払方法の 変更		-----	-----	
3 給付額減額	-----	-----	-----	

介護保険特例サービス費等支給申請書（受領委任）（案）

介護保険特例居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス計画費支給申請書
（受領委任用）

（ 年 月 分）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	-----			
			被保険者番号	-----			
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒			電話番号			
費用額合計				円	うち被保険者負担分 円		
〇〇市（町村）長 様 上記の特例居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス計画費の支給を申請します。また、上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号							
受取人の氏名 及び事業者名	(事業者名)						
受取人の住所	〒			電話番号			
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		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		-----				

注意 ・ 保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、受領委任による給付はできません。

・ 受領委任契約事業者等は、この申請書の裏面に該当月分のサービス提供証明書を添付してください。

市（町村）記入欄

保険料納付状況	サービス 提供証明書 確認欄	備 考
未納保険料 有・無		
滞納保険料 有・無		

介護保険高額介護サービス費等支給申請書（案）

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書
（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号			
		被保険者番号			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女		
住 所	〒		電話番号		
該当月分の 支払額合計					
		氏 名	生 年 月 日	性別	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				

〇〇市（町村）長 様

上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

・ この申請書の裏面に領収証を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		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（町村）記入欄

区分	世帯集約 番 号	領収書 確認欄	給付制限 状 況	備 考
1 単独			有・無 給付割合	（所得分布の状況等を把握）
2 合算				

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書（案）

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号					
			被保険者番号					
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生	性 別	男 ・ 女		
住 所	〒				電話番号			
支 払 っ た	支払った期間	年 月 日から		年 月 日				
標準負担額等	支払った標準負担額	円						
食事の提供を受けた 介護保険施設の 所在地及び名称	〒		電話番号					
既に減額認定証の 交付を受けている 方 の み 記 入	交付年月日	年 月 日						
	適用年月日	年 月 日						
減額認定証の交付 申請又は証を提出 できなかった理由								
〇〇市（町村）長 様 上記のとおり関係書類を添えて食事に係る標準負担額差額の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号								

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合		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（町村）記入欄

領収証 確認欄	備 考

受付番号

指定市町村事務受託法人 指 定 申 請 書

年 月 日

知事 殿

所在地

申請者

名 称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事務所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —) 都 道 郡 市 府 県 区				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職 名		フリガナ 氏 名		生年月日
指 定 を 受 け よ う と す る 事 務 所	代表者の住所	(郵便番号 —) 都 道 郡 市 府 県 区				
		(ビルの名称等)				
	事務所の所在地	(郵便番号 —) 都 道 郡 市 府 県 区				
		(ビルの名称等)				
	事務所連絡先	電話番号			FAX番号	
	指定を受けようとする事務	法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務(照会等事務) 法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務(要介護認定調査事務)				
既に指定等を受けている事業等の種類		実施事業		既に指定等を受けている事業等の 指定(許可)年月日		
居 宅 サ ー ビ ス	訪問介護					
	訪問入浴介護					
	訪問看護					
	訪問リハビリテーション					
	居宅療養管理指導					
	通所介護					
	通所リハビリテーション					
	短期入所生活介護					
	短期入所療養介護					
	特定施設入居者生活介護					
	福祉用具貸与					
	特定福祉用具販売					
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					
	小規模多機能型居宅介護					
	認知症対応型共同生活介護					
	地域密着型特定施設入居者生活介護					
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					

居宅介護支援事業者				
施設	介護老人福祉施設			
	介護老人保健施設			
	介護療養型医療施設			
介護予防サービス	介護予防訪問介護			
	介護予防訪問入浴介護			
	介護予防訪問看護			
	介護予防訪問リハビリテーション			
	介護予防居宅療養管理指導			
	介護予防通所介護			
	介護予防通所リハビリテーション			
	介護予防短期入所生活介護			
	介護予防短期入所療養介護			
	介護予防特定施設入居者生活介護			
	介護予防福祉用具貸与			
	特定介護予防福祉用具販売			
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護		
		介護予防小規模多機能型居宅介護		
介護予防認知症対応型共同生活介護				
介護保険事業者番号	(既に指定又は許可を受けている場合)			
医療機関コード等				

- 備考
- 「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 - 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 「受託をしようとする事務」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。
 - 「実施事業」欄は、既に指定等を受けている事業について、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 「既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保健施設として指定（許可）された年月日（法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては、「12年4月1日」）を記載してください。
 - 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

介護保険法施行令第11条の2第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

知 事 殿

住 所

申請者

氏 名（法人名及び代表者名）

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

【介護保険法施行令第11条の2第2項】

- 一 当該申請に係る事務所の介護支援専門員の人員が、厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき（法第二十四条の二第一項第二号の事務を受託しようとする場合に限る。）。
- 二 申請者が、厚生労働省令で定める受託事務の運営に関する基準に従って適正な受託事務の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 申請者が、居宅サービス等（法第二十三条に規定する居宅サービス等をいう。以下この条及び第十一条の五において同じ。）を提供しているとき。ただし、厚生労働省令で定める特別の事情があると都道府県知事が認めたときは、この限りではない。
- 四 申請者が、法及び第三十五条の二各号に掲げる法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、第十一条の五第一項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。
- 六 申請者が、第十一条の五第一項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等又は受託事務に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 八 申請者の役員等（法第七十条第二項第六号に規定する役員等をいう。）のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
 - イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
 - ロ 第四号又は前号に該当する者
 - ハ 第十一条の五第一項の規定により指定を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの
 - ニ 第六号に規定する期間内に次条第一項の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその役員等であった者で当該届出の日から起算して五年を経過しないもの

変 更 届 出 書

年 月 日

知事 殿

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した事務所		名称
		所在地
受 託 事 務 の 種 類		
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容
1	事務所の名称	(変更前)
2	事務所の所在地	
3	申請者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	定款・寄附行為及びその登記事項証明書等 （当該事務に関するものに限る。）	(変更後)
7	事務所の建物の構造、専用区画等	
8	事務所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
9	運営規程	
10	役員の氏名、生年月日及び住所	
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
変 更 年 月 日		年 月 日

備考1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容が分かる書類を添付してください。

第3号様式（第3条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

知事 殿

住所

申請者（所在地）

氏名

（名称及び代表者氏名）

次のとおり受託事務の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

廃止（休止・再開）する事務所	名称
	所在地
休止・廃止・再開の別	休止 ・ 廃止 ・ 再開
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日
休止・廃止した理由	
現に事務を受託している市町村に対する措置 （休止・廃止した場合のみ）	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

備考 受託事務の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める当該受託事務に係る職員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

受付番号

指定市町村事務受託法人 指定更新申請書

年 月 日

知事 殿

所在地
申請者
名称

介護保険法に規定する指定市町村事務受託法人に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事務所所在地市町村番号				
申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)				
指定更新を受けようとする事務所	フリガナ 名称					
	事務所の所在地	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)				
	事務所連絡先	電話番号			FAX番号	
	指定更新を受けようとする事務	法第二十四条の二第一項第一号に規定する事務(照会等事務) 法第二十四条の二第一項第二号に規定する事務(要介護認定調査事務)				
管理者の氏名、生年月日		フリガナ			生年月日	住所・経歴 別添のとおり
住所及び経歴		氏名				
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員の氏名、生年月日及び住所					別添のとおり	
施行規則第34条の3各号に該当しないことを誓約する書面					別添のとおり	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号					別添のとおり	

備考 1 「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 添付資料については、指定申請時の様式を参照してください。

3 「指定更新を受けようとする事務」欄は、今回更新申請するものについて、該当する欄に「○」を記載してください。