

別添 3 4 - 1

様式第10号(第18条関係)

國民健康保險柔道整復師施術療養費支給申請書 (年 月分)

被 保 険 者 記 号 番 号																																														
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		生 年 月 日					負 傷 の 原 因																																							
		1 男 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令 2 女 年 月 日																																												
負 傷 名		負 傷 年 月 日					初 検 年 月 日					施 術 開 始 年 月 日					施 術 終 了 年 月 日					英 日 数		施 術 月 数		転 帰																				
施 術		(1)																										治 療 ・ 中 止 ・ 転 医																		
		(2)																										治 療 ・ 中 止 ・ 転 医																		
		(3)																										治 療 ・ 中 止 ・ 転 医																		
		(4)																										治 療 ・ 中 止 ・ 転 医																		
		(5)																										治 療 ・ 中 止 ・ 転 医																		
経 過																											請 求 区 分		新 規 ・ 継 続																	
施 術 日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																												
の		初 検 料 円					初 検 時 相 談 支 援 料 円					往 療 料 km 回 円					金 属 副 子 等 加 算 回 円					施 術 情 報 提 供 料 円					明 細 書 発 行 体 制 加 算 計 円																			
		加 算 (休 日 ・ 深 夜 ・ 時 間 外) 円					再 検 料 円					加 算 (夜 間 ・ 難 路 ・ 暴 風 雨 雪) 円					柔 道 整 復 運 動 後 療 料 回 円					円					円																			
内 容		整 復 料 ・ 固 定 料 ・ 施 療 料					(1) 円					(2) 円					(3) 円					(4) 円					(5) 円					計 円														
		部 位 通 減 % 通 減 開 始 月 後 療 料 円 回 円					冷 罨 法 料 円 回 円					温 罨 法 料 円 回 円					電 療 料 円 回 円					計 円					多 部 位 計 円					長 期 頻 回 計 円														
欄		(1)																																												
		(2)																																												
		(3)																																												
		(4)																																												
		(5)																																												
摘 要																											合 計																			
申 請 欄		金 属 副 子 等 加 算 日		1 回 目 日					2 回 目 日					3 回 目 日					柔 道 整 復 運 動 後 療 料 加 算 日					日 日 日 日 日					※																	
		明 細 書 発 行 体 制 加 算 加 算 日		日					日					日					日																											
上 記 の 療 養 に 要 し た 費 用 に 関 し て 、 療 養 費 の 支 給 を 申 請 し ま す 。		年 月 日																											住 所																	
		申 請 者 (被 保 険 者) 氏 名																											氏 名																	
支 払 機 関 欄		支 払 区 分		預 金 の 種 別					金 融 機 関					方 法					口 座 名 称					口 座 番 号					支 払 金 額																	
		1: 振込 2: 銀行送金 3: 当地払		1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別居					銀 行 金 庫 農 協					本 店 支 店 本 ・ 支 所					口 座 名 称					口 座 番 号																						
施 術 証 明 欄		上 記 の と お り 施 術 し 、 そ の 費 用 を 領 収 し ま し た 。																											受 取 代 理 人 へ の 委 任 の 欄		年 月 日															
		所 在 地																													申 請 者 住 所 (被 保 険 者) 氏 名															
柔 道 整 復 師 氏 名		登 録 番 号																																												

世帯主	家族成員番号																						
	個人番号																						
	住所																						
	フリガナ		電 話 番 号																				
	氏 名																						
登録口座												新規振込口座											
(振込先金融機関) 金融機関名 支店名 (預金種目) (口座番号)												(振込先金融機関) 金融機関名 支店名 (預金種目) (口座番号)											
普通・当座 (名義人) フリガナ												普通・当座 (名義人) フリガナ											

別添36-2
様式第12号(第20条関係)

本人確認 措置	番号確認 身元（実存）確認 代理権確認	受付担当者
------------	---------------------------	-------

被保険者証番号	
診療年月	
既支給額	
支給予定額	

國民健康保險 高額療養費支給申請書

自己負担限度額		課税状況・所得区 分	
---------	--	---------------	--

[illegible]

萊比錫市長 簽

上記のとおり、医療費を支払いましたので高額療養費の支給申請をします。また、後に一部負担金の減免・未払等、交通事故等による損害賠償金の受領または公費負担医療制度により一部負担金の負担状況が変動した場合は、保険者からの返還請求に応じることに同意します。

		年 月 日	
出 席 者 一 覧	被保険者証番号		
	個人番号		
	住所		
	フリガナ		電 話 番 号
	氏 名		
	登録口所		新規転入口所
	(家族生金贈機関)		(新込生金贈機関)
金融機関名	支店名	金融機関名	支店名
(預金種目)	(口座番号)	(預金種目)	(口座番号)
件 通 ・ 当 座	件 通 ・ 当 座	件 通 ・ 当 座	件 通 ・ 当 座
(名義人) フリガナ		(名義人) フリガナ	

別添37-1
様式第13号(第21条関係)

国民健康保険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

申請対象年度	年度	申請区分	1新規	2変更	3取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号
--------	----	------	-----	-----	------	----------	-----------

フリガナ		生年月日		性別		計算期間の始期および終期		年 月 ～ 年 月					
氏 名		国民健康保険資格情報											
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間								
			1 世帯主 2 擬前世帯主 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 店 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	
口座振込										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 年 月 日まで											
	2	年 月 日から 年 月 日まで											
	3	年 月 日から 年 月 日まで											
草津市長 宛									年 月 日				
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)の支給を申請します。 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。 ※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ください。 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス)のうち、福祉医療受給にかかる分の受領については、 草津市長に委任します。													
									住 所				
									氏 名				
									電話番号	()			
										枚中		枚	

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添37-2
様式第13号（第21条関係）

国民健康保険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

申請対象年度	年度	申請区分	1新規	2変更	3取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	----	------	-----	-----	------	----------	-----------	--

フリガナ		生年月日		性別		計算期間の始期および終期	年 月 ～ 年 月
氏 名							

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	本店 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
口座振込							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 年 月 日まで		
	2	年 月 日から 年 月 日まで		
	3	年 月 日から 年 月 日まで		

草津市長 宛 年 月 日

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)の支給を申請します。

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。

※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ください。

高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス)のうち、福祉医療受給にかかる分の受領については、

草津市長に委任します。

住 所
氏 名
電話番号 () 印

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添38-1

様式第14号（第22条関係）

国民健康保険継続療養給付申請書

被 保 険 者	記号	番号
療養の給付を受けていた者	住 所 氏 名 個人番号 (マイナンバー)	生年月日 年 月 日
傷 病 名	資格を喪失した際受けていた療養の給付を受け始めた年月日	年 月 日
資格喪失した際療養の給付を受けていた療養取扱機関の名称および所在地		
現に療養の給付を受けている療養取扱機関の名称および所在地		
備 考		
上記のとおり、継続療養の給付を申請します。		
年 月 日 草津市長 宛 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 () 印		

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添38-2

様式第14号（第22条関係）

国民健康保険継続療養給付申請書

被 保 険 者 証	記号	番号
療養の給付を受けていた者	住 所 氏 名 個人番号 (マイナンバー)	生年月日 年 月 日
傷 病 名	資格を喪失した際受けていた療養の給付を受け始めた年月日	年 月 日
資格喪失した際療養の給付を受けていた療養取扱機関の名称および所在地		
現に療養の給付を受けている療養取扱機関の名称および所在地		
備 考		
上記のとおり、継続療養の給付を申請します。		
年 月 日 草津市長 宛 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 () 印		

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添 3 9－1

様式第 1 5 号（第 2 3 条第 3 項関係）

出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 配 号 ・ 番 号	
出 生 児 氏 名	
出 生 年 月 日	年 月 日
世 帯 主 と の 続 柄	
出産育児者の氏名	母親名
出 産 育 児 一 時 金	金 円

上記のとおり申請します。

年 月 日

草津市長 宛

被保険者 住 所
氏 名
電話番号 () ㊟

払込希望 金融機関	銀 行 協 支店(第 号) 農 協 信用金庫	
	ふりがな	
	預金名義人	

別添 3 9－2

様式第 1 5 号（第 2 3 条第 3 項関係）

出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 証 配 号 ・ 番 号	
出 生 児 氏 名	
出 生 年 月 日	年 月 日
世 帯 主 と の 続 柄	
出産育児者の氏名	母親名
出 産 育 児 一 時 金	金 円

上記のとおり申請します。

年 月 日

草津市長 宛

被保険者 住 所
氏 名
電話番号 () ㊟

払込希望 金融機関	銀 行 協 支店(第 号) 農 協 信用金庫	
	ふりがな	
	預金名義人	

別添 4 0－1

様式第16号(第24条第1項関係)

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者番号	
死亡者氏名及び性別 (男・女)	
死亡年月日	年 月 日
葬祭執行年月日 年 月 日	
申請人との続柄	原因 1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 年 月 日	
葬祭執行者	住所 氏名 (電話 ー) 氏名
届出人 滋賀県草津市長 宛	
支給額については、下記口座名義人に受領委任します。 委 任 者 (葬祭執行者) ㊟	
振込口座	
(振込先金融機関) 金融機関名 支店名	
(預金種目) 普通・当座	(口座番号)
(名義人)フリガナ	

納付確認

資格確認 (喪失手続きの完了)	住民票確認 (死亡年月日)

別添 4 0－2

様式第16号(第24条第1項関係)

国民健康保険葬祭費支給申請書

被保険者証番号	
死亡者氏名及び性別 (男・女)	
死亡年月日	年 月 日
葬祭執行年月日 年 月 日	
申請人との続柄	原因 1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 年 月 日	
葬祭執行者	住所 氏名 (電話 ー) 氏名
届出人 滋賀県草津市長 宛	
支給額については、下記口座名義人に受領委任します。 委 任 者 (葬祭執行者) ㊟	
振込口座	
(振込先金融機関) 金融機関名 支店名	
(預金種目) 普通・当座	(口座番号)
(名義人)フリガナ	

納付確認

資格確認 (喪失手続きの完了)	住民票確認 (死亡年月日)

別添 4 1－1
様式第 1 7 号（第 2 6 条関係）

第三者行為による傷病届

被害者氏名 生年月日		年 月 日 生		電話	
保険の種類		国保 ・ 後期高齢者医療			
被保険者の(記号)番号					
個人番号(マイナンバー)					
加害者	本人氏名	住所			
	使用名称	住所			
代表者		電話			
事故の状況	発生日時		年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	事故の原因および状況				
診療関係	傷病名および傷病の程度				<治療までの見込み>
	初診日 (保険の使用開始日)		年 月 日 (年 月 日から)		入院 日 通院 日 費用 円
	保険医療機関	住所 氏名			名称
損害賠償関係	示談等の交渉状況				
	保険会社名				
	自賠責保険	保険契約者	住所	氏名	
		保有者	住所	氏名	
	証明書の番号		保険期間		
	車種	車両番号 (登録番号)	車台番号		
	任意保険	[有・無] 保険会社	住所	名称	電話
保険証券の番号		保険期間			
上記のとおりお届けします。					
年 月 日					
草津市長 宛					
世帯主 住 所 氏 名 電話番号 () @					

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添 4 1－2
様式第 1 7 号（第 2 6 条関係）

第三者行為による傷病届

被害者氏名 生年月日		明・大・昭・平 年 月 日 生		電話	
保険の種類		国保 ・ 退職者(本人・家族) ・ 後期高齢者医療			
被保険者の(記号)番号					
個人番号(マイナンバー)					
加害者	本人氏名	住所			
	使用名称	住所			
代表者		電話			
事故の状況	発生日時		年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	事故の原因および状況				
診療関係	傷病名および傷病の程度				<治療までの見込み>
	初診日 (保険の使用開始日)		年 月 日 (年 月 日から)		入院 日 通院 日 費用 円
	保険医療機関	住所 氏名			名称
損害賠償関係	示談等の交渉状況				
	保険会社名				
	自賠責保険	保険契約者	住所	氏名	
		保有者	住所	氏名	
	証明書の番号		保険期間		
	車種	車両番号 (登録番号)	車台番号		
	任意保険	[有・無] 保険会社	住所	名称	電話
保険証券の番号		保険期間			
上記のとおりお届けします。					
年 月 日					
草津市長 宛					
世帯主 住 所 氏 名 電話番号 () @					

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元（実存）確認・代理権確認
受付担当者	

別添 4 2－1

様式第19号(付則第7項関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号番号	世帯主氏名	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所		
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()	本店・支店 出張所・本店営業部 本庁・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号
	口座名義(カタカナ)		
	※左記めで記入してください。商号、半角点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。		
上記のとおり申請します。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住 所 氏 名 電話番号			

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。年 月 日		
	氏 名	住 所	
代理人 (口座名義人)	(フリガナ)		
	氏 名		世帯主との関係
	住 所		

※下記は記入しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額
	円

別添 4 2－2

様式第19号(付則第7項関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	世帯主氏名	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所		
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()	本店・支店 出張所・本店営業部 本庁・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号
	口座名義(カタカナ)		
	※左記めで記入してください。商号、半角点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。		
上記のとおり申請します。 年 月 日 草津市長 宛 世帯主 住 所 氏 名 電話番号			

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。年 月 日		
	氏 名	住 所	
代理人 (口座名義人)	(フリガナ)		
	氏 名		世帯主との関係
	住 所		

※下記は記入しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額
	円

別添 4 3－1

様式第3号(第3条関係)

介護保険 被保険者証交付申請書

草津市長 宛

次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
申請者住所		本人との関係	
		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 保 険 者	フリガナ	個人番号	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	電話番号	
医療保険者名			
医療保険被保険者記号番号			

※第2号被保険者の被保険者証交付申請者用

別添 4 3－2

様式第3号(第3条関係)

介護保険 被保険者証交付申請書

草津市長 宛

次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
申請者住所		本人との関係	
		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 保 険 者	フリガナ	個人番号	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	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			

※第2号被保険者の被保険者証交付申請者用

別添4-4-1

様式第4号（第5条・第5条の2関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

草津市長宛

次のとおり申請します。

	申請年月日	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

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

再交付する 証明書	1 被保険者証
	2 資格者証
	3 受給資格証明書
	4 負担割合証
	5 その他（ ）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

第2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番号
--------	-------------

別添4-4-2

様式第4号（第5条・第5条の2関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

草津市長宛

次のとおり申請します。

	申請年月日	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

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

再交付する 証明書	1 被保険者証
	2 資格者証
	3 受給資格証明書
	4 負担割合証
	5 その他（ ）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

第2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番号
--------	-------------

別添4-5-1

様式第6号（第15条第1項関係）

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
草津市長 宛		受付年月日	※市記入欄	年 月 日
次のとおり申請します。		申請年月日	年 月 日	
申請者を提出した人または提出代行者の名義	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)		
住所		〒	電話番号	

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療保険被保険者名		保険者番号	
	被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日	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・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名	{	
	現在、転出元自治体に要介護認定・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	年 月 日		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無(短期入所を除く)		有・無		
介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	

主治医	主治医の氏名	医療機関名	(診療科名)
所在地	〒	電話番号	

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を、草津市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者も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また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

(保険証) 回収済 郵送返却 調査時回収

別添4-5-2

様式第6号（第15条第1項関係）

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
草津市長 宛		受付年月日	※市記入欄	年 月 日
次のとおり申請します。		申請年月日	年 月 日	
申請者を提出した人または提出代行者の名義	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)		
住所		〒	電話番号	

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療保険被保険者名		保険者番号	
	被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日	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・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名	{	
	現在、転出元自治体に要介護認定・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	年 月 日		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無(短期入所を除く)		有・無		
介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	

主治医	主治医の氏名	医療機関名	(診療科名)
所在地	〒	電話番号	

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を、草津市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者も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また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

(保険証) 回収済 郵送返却 調査時回収

別添46-1
様式第11号（第16条第1項関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書									
草津市長 宛									
次のとおり申請します。									
受付年月日 草津市記入欄 年 月 日									
申請年月日 年 月 日									
申請書を提出した人または提出代行者 名称									
該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）									
被保険者との関係（提出代行者は記入不要）									
市記入欄（※コードを記入）									
住所 〒 電話番号									
介護保険被保険者番号									
介護保険被保険者名									
保険者番号									
被保険者記号									
番号									
枝番									
フリガナ									
生年月日 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									
有効期間 年 月 日から 年 月 日まで									
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（短期入所を除く） 有 ・ 無									
介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地									
期間 年 月 日～ 年 月 日									
主治医									
主治医の氏名									
医療機関名									
（診療科名）									
所在地 〒 電話番号									
第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入									
特定疾病名									
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見および主治医見書を、草津市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人、主治医見書を記載した医師または認定調査に使用した調査員に提示することに同意します。									
本人氏名									
（保険証） 回収済 郵送返却 調査時回収									

別添46-2
様式第11号（第16条第1項関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書									
草津市長 宛									
次のとおり申請します。									
受付年月日 草津市記入欄 年 月 日									
申請年月日 年 月 日									
申請書を提出した人または提出代行者 名称									
該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）									
被保険者との関係（提出代行者は記入不要）									
市記入欄（※コードを記入）									
住所 〒 電話番号									
介護保険被保険者番号									
介護保険被保険者名									
保険者番号									
被保険者記号									
番号									
枝番									
フリガナ									
生年月日 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									
有効期間 年 月 日から 年 月 日まで									
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（短期入所を除く） 有 ・ 無									
介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地									
期間 年 月 日～ 年 月 日									
主治医									
主治医の氏名									
医療機関名									
（診療科名）									
所在地 〒 電話番号									
第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入									
特定疾病名									
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見および主治医見書を、草津市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人、主治医見書を記載した医師また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									
（保険証） 回収済 郵送返却 調査時回収									

別添47-1
様式第14号（第18条第1項関係）

介護保険 サービスの種類指定変更申請書									
草津市長 宛									
次のとおり申請します。									
申請年月日 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									
介護保険被保険者番号									
介護保険被保険者名									
保険者番号									
被保険者記号									
番号									
枝番									
フリガナ									
生年月日 年 月 日									
氏名									
住所 〒 電話番号									
現に受けている要介護・要支援認定の内容									
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									
新たに指定を受けようとするサービスの種類または現在受けているサービスの種類記載の消除を求める旨									
種類指定変更理由									
主治医									
主治医の氏名									
医療機関名									
診療科名（ ）									
所在地 〒 電話番号									
第2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									
医療保険被保険者記号番号									
特定疾病名									

別添47-2
様式第14号(第18条第1項関係)

介護保険サービスの種類指定変更申請書

草津市長宛
次のとおり申請します。

申請年月日

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

介護保険被保険者番号

個人番号

医療保険被保険者証

記号

番号

枝番

フリガナ

氏名

住所

〒

電話番号

現に受けている要介護・要支援認定の内容

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

新たに指定を受けようとするサービスの種類または現に受けているサービスの種類記載の消除を求める旨

種類指定変更理由

主治医主治医の氏名

医療機関名

診療科目()

所在地

〒

電話番号

第2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

別添48-1
様式第22号の2(第26条の2第1項関係)

高額医療合算介護サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度年度申請区分1新規2変更3取下げ

支給申請書整理番号

(保険者等記入欄)

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

性別

引算期間の初期および終期

年

月

日から

年

月

日まで

国民健康保険資格情報

保険者番号

被保険者番号

被保険者番号

氏名

保険者名称

加入期間

1世帯主

2被相続世帯主

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

広域組合名称

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

本店コード

支店コード

種目

口座番号

フリガナ

振込先口座管理番号

口座振込

保険者番号

加入期間

振付の自己負担額証明書整理番号

1

年

月

日から

年

月

日まで

備考欄

2

年

月

日から

年

月

日まで

3

年

月

日から

年

月

日まで

送附草津市信津三丁目13番30号

草津市長宛

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。

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。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれをも丸で囲んでください。

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のみを丸で囲んでください。

備考

この用紙は、日本産業規格JIS4番とすること。

政中

枚目

別添48-2
様式第22号の2(第26条の2第1項関係)

高額医療合算介護サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度年度申請区分1新規2変更3取下げ

支給申請書整理番号

(保険者等記入欄)

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

性別

引算期間の初期および終期

年

月

日から

年

月

日まで

国民健康保険資格情報

保険者番号

被保険者番号

被保険者番号

氏名

保険者名称

加入期間

1世帯主

2被相続世帯主

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

広域組合名称

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

本店コード

支店コード

種目

口座番号

フリガナ

振込先口座管理番号

口座振込

保険者番号

加入期間

振付の自己負担額証明書整理番号

1

年

月

日から

年

月

日まで

備考欄

2

年

月

日から

年

月

日まで

3

年

月

日から

年

月

日まで

送附草津市信津三丁目13番30号

草津市長宛

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。

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。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれをも丸で囲んでください。

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のみを丸で囲んでください。

備考

この用紙は、日本産業規格JIS4番とすること。

政中

枚目

(令和6年11月29日揭示済み)