

(別添1) 介護事務様式新旧対照表

新	旧	備考																																																																																																																																									
<p>【オンライン発行介護券】</p> <p style="text-align: center;">生活保護法介護券 (平成26年12月分)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td>有効期間</td> <td>01日から31日まで</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>単独・併用別</td> <td>単独</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td>被保険者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(フリガナ) 氏名</td> <td>生年月日</td> <td>性別</td> </tr> <tr> <td>要介護状態等区分</td> <td>認定有効期間</td> <td>平成26年11月01日から平成26年12月31日まで</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td>指定支援事業者名</td> <td>事業所番号</td> </tr> <tr> <td>指定介護機関名</td> <td>事業所番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <th>居宅介護</th> <th>介護予防</th> <th>(地域密着型)</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 </td> <td> <input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与 </td> <td> <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス </td> </tr> <tr> <td>施設介護</td> <td>支援事業</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 </td> <td> <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">本人支払額</td> <td>円</td> </tr> </table> </td> <td> <p style="text-align: center;">生活保護法介護券</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>地区</td> <td>ケースNo</td> <td>取扱者</td> <td>有効期間</td> <td>交付番号</td> </tr> <tr> <td>白坪1</td> <td></td> <td></td> <td>H28年7月分</td> <td>30200082</td> </tr> <tr> <td colspan="2">有効期間</td> <td colspan="3">1日から31日まで</td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td colspan="4">熊本市西福祉事務所長</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td>431007</td> <td>被保険者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>居住地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>性別</td> <td>単併区分</td> <td colspan="2">併給</td> </tr> <tr> <td>要介護状態区分</td> <td>要介護1</td> <td>認定有効期間</td> <td colspan="2">H27年2月1日からH29年1月31日まで</td> </tr> <tr> <td>指定居宅介護</td> <td>事業所番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>支援事業者名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>指定介護機関名</td> <td colspan="4">デイサービスセンター</td> </tr> <tr> <td>居宅介護</td> <td>通所介護</td> <td>施設介護</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>居宅介護支援</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>本人支払額</td> <td colspan="2">円</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="3">備</td> <td>介護保険</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>感染症予防法第37条の2</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>注</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>考</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>ケースNo</td> <td>個人No</td> <td>認定番号</td> <td>適用年月</td> <td>指定介護機関名</td> <td>事業者番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td>01</td> <td>30200082</td> <td>H28.07</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">*09E0050513*</p> </td> <td data-bbox="1868 199 2161 1452"> <p>《新設》 介護券情報コード (右下部バーコード)</p> <p>《削除》 地区 ケースNo 取扱者 単併区分 下段介護券情報</p> <p>※介護機関宛の介護券については支援事業者名が削除されます。</p> </td> </tr> </table>	公費負担者番号	有効期間	01日から31日まで	受給者番号	単独・併用別	単独	保険者番号	被保険者番号		(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	要介護状態等区分	認定有効期間	平成26年11月01日から平成26年12月31日まで	居住地	指定支援事業者名	事業所番号	指定介護機関名	事業所番号		<table border="1"> <tr> <th>居宅介護</th> <th>介護予防</th> <th>(地域密着型)</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 </td> <td> <input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与 </td> <td> <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス </td> </tr> <tr> <td>施設介護</td> <td>支援事業</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 </td> <td> <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">本人支払額</td> <td>円</td> </tr> </table>	居宅介護	介護予防	(地域密着型)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	施設介護	支援事業		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援		本人支払額		円	<p style="text-align: center;">生活保護法介護券</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>地区</td> <td>ケースNo</td> <td>取扱者</td> <td>有効期間</td> <td>交付番号</td> </tr> <tr> <td>白坪1</td> <td></td> <td></td> <td>H28年7月分</td> <td>30200082</td> </tr> <tr> <td colspan="2">有効期間</td> <td colspan="3">1日から31日まで</td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td colspan="4">熊本市西福祉事務所長</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td>431007</td> <td>被保険者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>居住地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>性別</td> <td>単併区分</td> <td colspan="2">併給</td> </tr> <tr> <td>要介護状態区分</td> <td>要介護1</td> <td>認定有効期間</td> <td colspan="2">H27年2月1日からH29年1月31日まで</td> </tr> <tr> <td>指定居宅介護</td> <td>事業所番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>支援事業者名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>指定介護機関名</td> <td colspan="4">デイサービスセンター</td> </tr> <tr> <td>居宅介護</td> <td>通所介護</td> <td>施設介護</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>居宅介護支援</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>本人支払額</td> <td colspan="2">円</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="3">備</td> <td>介護保険</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>感染症予防法第37条の2</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>注</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>考</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>ケースNo</td> <td>個人No</td> <td>認定番号</td> <td>適用年月</td> <td>指定介護機関名</td> <td>事業者番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td>01</td> <td>30200082</td> <td>H28.07</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">*09E0050513*</p>	地区	ケースNo	取扱者	有効期間	交付番号	白坪1			H28年7月分	30200082	有効期間		1日から31日まで			公費負担者番号	熊本市西福祉事務所長				受給者番号					保険者番号	431007	被保険者番号			氏名	居住地				生年月日	性別	単併区分	併給		要介護状態区分	要介護1	認定有効期間	H27年2月1日からH29年1月31日まで		指定居宅介護	事業所番号				支援事業者名					指定介護機関名	デイサービスセンター				居宅介護	通所介護	施設介護					居宅介護支援					本人支払額	円		備	介護保険	有無	感染症予防法第37条の2	有無	その他	有無	注			考			ケースNo	個人No	認定番号	適用年月	指定介護機関名	事業者番号		01	30200082	H28.07			<p>《新設》 介護券情報コード (右下部バーコード)</p> <p>《削除》 地区 ケースNo 取扱者 単併区分 下段介護券情報</p> <p>※介護機関宛の介護券については支援事業者名が削除されます。</p>
公費負担者番号	有効期間	01日から31日まで																																																																																																																																									
受給者番号	単独・併用別	単独																																																																																																																																									
保険者番号	被保険者番号																																																																																																																																										
(フリガナ) 氏名	生年月日	性別																																																																																																																																									
要介護状態等区分	認定有効期間	平成26年11月01日から平成26年12月31日まで																																																																																																																																									
居住地	指定支援事業者名	事業所番号																																																																																																																																									
指定介護機関名	事業所番号																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <th>居宅介護</th> <th>介護予防</th> <th>(地域密着型)</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 </td> <td> <input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与 </td> <td> <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス </td> </tr> <tr> <td>施設介護</td> <td>支援事業</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 </td> <td> <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">本人支払額</td> <td>円</td> </tr> </table>	居宅介護	介護予防	(地域密着型)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	施設介護	支援事業		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援		本人支払額		円	<p style="text-align: center;">生活保護法介護券</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>地区</td> <td>ケースNo</td> <td>取扱者</td> <td>有効期間</td> <td>交付番号</td> </tr> <tr> <td>白坪1</td> <td></td> <td></td> <td>H28年7月分</td> <td>30200082</td> </tr> <tr> <td colspan="2">有効期間</td> <td colspan="3">1日から31日まで</td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号</td> <td colspan="4">熊本市西福祉事務所長</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td>431007</td> <td>被保険者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>居住地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>性別</td> <td>単併区分</td> <td colspan="2">併給</td> </tr> <tr> <td>要介護状態区分</td> <td>要介護1</td> <td>認定有効期間</td> <td colspan="2">H27年2月1日からH29年1月31日まで</td> </tr> <tr> <td>指定居宅介護</td> <td>事業所番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>支援事業者名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>指定介護機関名</td> <td colspan="4">デイサービスセンター</td> </tr> <tr> <td>居宅介護</td> <td>通所介護</td> <td>施設介護</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>居宅介護支援</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>本人支払額</td> <td colspan="2">円</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="3">備</td> <td>介護保険</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>感染症予防法第37条の2</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>注</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>考</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>ケースNo</td> <td>個人No</td> <td>認定番号</td> <td>適用年月</td> <td>指定介護機関名</td> <td>事業者番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td>01</td> <td>30200082</td> <td>H28.07</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">*09E0050513*</p>	地区	ケースNo	取扱者	有効期間	交付番号	白坪1			H28年7月分	30200082	有効期間		1日から31日まで			公費負担者番号	熊本市西福祉事務所長				受給者番号					保険者番号	431007	被保険者番号			氏名	居住地				生年月日	性別	単併区分	併給		要介護状態区分	要介護1	認定有効期間	H27年2月1日からH29年1月31日まで		指定居宅介護	事業所番号				支援事業者名					指定介護機関名	デイサービスセンター				居宅介護	通所介護	施設介護					居宅介護支援					本人支払額	円		備	介護保険	有無	感染症予防法第37条の2	有無	その他	有無	注			考			ケースNo	個人No	認定番号	適用年月	指定介護機関名	事業者番号		01	30200082	H28.07			<p>《新設》 介護券情報コード (右下部バーコード)</p> <p>《削除》 地区 ケースNo 取扱者 単併区分 下段介護券情報</p> <p>※介護機関宛の介護券については支援事業者名が削除されます。</p>																						
居宅介護	介護予防	(地域密着型)																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス																																																																																																																																									
施設介護	支援事業																																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援																																																																																																																																										
本人支払額		円																																																																																																																																									
地区	ケースNo	取扱者	有効期間	交付番号																																																																																																																																							
白坪1			H28年7月分	30200082																																																																																																																																							
有効期間		1日から31日まで																																																																																																																																									
公費負担者番号	熊本市西福祉事務所長																																																																																																																																										
受給者番号																																																																																																																																											
保険者番号	431007	被保険者番号																																																																																																																																									
氏名	居住地																																																																																																																																										
生年月日	性別	単併区分	併給																																																																																																																																								
要介護状態区分	要介護1	認定有効期間	H27年2月1日からH29年1月31日まで																																																																																																																																								
指定居宅介護	事業所番号																																																																																																																																										
支援事業者名																																																																																																																																											
指定介護機関名	デイサービスセンター																																																																																																																																										
居宅介護	通所介護	施設介護																																																																																																																																									
		居宅介護支援																																																																																																																																									
		本人支払額	円																																																																																																																																								
備	介護保険	有無																																																																																																																																									
	感染症予防法第37条の2	有無																																																																																																																																									
	その他	有無																																																																																																																																									
注																																																																																																																																											
考																																																																																																																																											
ケースNo	個人No	認定番号	適用年月	指定介護機関名	事業者番号																																																																																																																																						
	01	30200082	H28.07																																																																																																																																								

(別添1) 介護事務様式新旧対照表

新	旧	備考																																																																																																																																														
<p>【月末一括発行介護券】</p> <div data-bbox="89 263 929 1316"> </div> <p>生活保護法介護券 (平成29年02月分) 併用</p> <p>指定サービス: 通所介護 2/ 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO.</th> <th>受給者番号 被保険者番号</th> <th>保険者番号</th> <th>氏名 (生年月日・性別)</th> <th>有効期間</th> <th>要介護状態 等区分</th> <th>本人支払額</th> <th>※1 適用他法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>01日—28日</td><td>要介護2</td><td></td><td>介</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>01日—28日</td><td>要介護5</td><td></td><td>介</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td>01日—28日</td><td>要介護3</td><td></td><td>介</td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>備考: 指定介護機関では、請求後斜線を引き、1年間保管した後廃棄処分してください。 05T0000932</p> <p>※1 適用他法 「介」…介護保険、「減」…法施行時の訪問介護負担軽減措置、「障」…障がい者ホームヘルプ支援措置</p> <p>1001</p>	NO.	受給者番号 被保険者番号	保険者番号	氏名 (生年月日・性別)	有効期間	要介護状態 等区分	本人支払額	※1 適用他法	1				01日—28日	要介護2		介	2				01日—28日	要介護5		介	3								4								5								6								7				01日—28日	要介護3		介	8								9								10								11								12								13								14								15								<p>【月末一括発行介護券】</p> <div data-bbox="985 263 1780 1332"> </div> <p>生活保護法介護券</p> <p>地区 ケースNo 取扱者</p> <p>白坪1 白坪1 H28年7月分 交付番号 302000082</p> <p>有効期間 1日から31日まで</p> <p>公費負担者番号 熊本市西福祉事務所長</p> <p>受給者番号</p> <p>保険者番号 431007 被保険者番号</p> <p>氏名 居住地</p> <p>生年月日 性別 単併区分 併給</p> <p>要介護状態区分 要介護1 認定有効期間 H27年2月1日から H29年1月31日まで</p> <p>指定居宅介護 事業所番号</p> <p>支援事業者名</p> <p>指定介護機関名 デイサービスセンター</p> <p>居宅介護 通所介護 施設介護</p> <p>本人支払額 円</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>備</th> <th>介護保険</th> <th>有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>感染症予防法第37条の2</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他</td> <td>有無</td> </tr> <tr> <td>注</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>考</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>ケースNo 個人No 認定番号 適用年月 指定介護機関名 事業者番号</p> <p>01 302000082 H28.07</p>	備	介護保険	有無		感染症予防法第37条の2	有無		その他	有無	注			考		
NO.	受給者番号 被保険者番号	保険者番号	氏名 (生年月日・性別)	有効期間	要介護状態 等区分	本人支払額	※1 適用他法																																																																																																																																									
1				01日—28日	要介護2		介																																																																																																																																									
2				01日—28日	要介護5		介																																																																																																																																									
3																																																																																																																																																
4																																																																																																																																																
5																																																																																																																																																
6																																																																																																																																																
7				01日—28日	要介護3		介																																																																																																																																									
8																																																																																																																																																
9																																																																																																																																																
10																																																																																																																																																
11																																																																																																																																																
12																																																																																																																																																
13																																																																																																																																																
14																																																																																																																																																
15																																																																																																																																																
備	介護保険	有無																																																																																																																																														
	感染症予防法第37条の2	有無																																																																																																																																														
	その他	有無																																																																																																																																														
注																																																																																																																																																
考																																																																																																																																																

(別添1) 介護事務様式新旧対照表

新	旧	備考																																															
<p>【送付書】</p>  <p>IC0821C_001 862-0976 熊本市中央区</p> <p>介護券送付状 (宛先)</p> <p>熊本市中央 様</p> <p>860-9618 熊本市中央区手取本町1番1号 熊本市中央福祉事務所 保護課 電話番号 096-328-2320 FAX番号 096-359-0382</p> <p>△▼△ 発行状況のご確認方法 △▼△</p> <p>介護券は、各福祉事務所で登録した内容により発行していますので、 ①これまで届いていた被保護者の券が同封されていない ②今回届いた被保護者の券は不要である などの場合は、<u>各福祉事務所にお問い合わせください。</u></p> <table border="1" data-bbox="183 1117 806 1390"> <thead> <tr> <th rowspan="2">福祉事務所</th> <th colspan="3">連絡先</th> </tr> <tr> <th>郵便番号</th> <th>住所</th> <th>電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中央区</td> <td>860-8618</td> <td>熊本市中央区手取本町1-1</td> <td>096-328-2320</td> </tr> <tr> <td>東区</td> <td>862-8555</td> <td>熊本市東区東本町16-30</td> <td>096-367-9129</td> </tr> <tr> <td>西区</td> <td>861-5292</td> <td>熊本市西区小島2丁目7-1</td> <td>096-329-6839</td> </tr> <tr> <td>南区</td> <td>861-4189</td> <td>熊本市南区富合町清藤405-3</td> <td>096-357-4134</td> </tr> <tr> <td>北区</td> <td>861-0195</td> <td>熊本市北区植木町岩野238-1</td> <td>096-272-0910</td> </tr> </tbody> </table>	福祉事務所	連絡先			郵便番号	住所	電話番号	中央区	860-8618	熊本市中央区手取本町1-1	096-328-2320	東区	862-8555	熊本市東区東本町16-30	096-367-9129	西区	861-5292	熊本市西区小島2丁目7-1	096-329-6839	南区	861-4189	熊本市南区富合町清藤405-3	096-357-4134	北区	861-0195	熊本市北区植木町岩野238-1	096-272-0910	<p>【送付書】</p>  <p>861- 様 熊本市西区</p> <p>指定介護 機関コード 43 平成 28年 11月 30日</p> <p>熊本市中央福祉事務所長 熊本市福祉事務所 長之印</p> <p>介護券送付書 (受領書)</p> <p>下記の通り送付致しますので受領捺印の上 至急返送下さい。 なお使用しない介護券も併せて返送下さい。</p> <p>記</p> <table border="1" data-bbox="1117 794 1686 927"> <thead> <tr> <th>種別</th> <th>枚数</th> <th>送付枚数</th> <th>受領枚数</th> <th>返送枚数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護併用</td> <td></td> <td>1枚</td> <td>1枚</td> <td>枚</td> </tr> <tr> <td>生保単独</td> <td></td> <td>枚</td> <td>枚</td> <td>枚</td> </tr> <tr> <td>総計</td> <td></td> <td>1枚</td> <td>1枚</td> <td>枚</td> </tr> </tbody> </table> <p>上記の通り受領しました。</p> <p>28年 12月 15日</p> <p>指定介護機関名 指定介護機関長</p> <p>熊本市中央福祉事務所長 様</p>	種別	枚数	送付枚数	受領枚数	返送枚数	介護併用		1枚	1枚	枚	生保単独		枚	枚	枚	総計		1枚	1枚	枚	<p>《新設》 発行状況の確認方法 各福祉事務所連絡先</p> <p>《削除》 介護機関コード 送付枚数 受領後記入欄</p>
福祉事務所		連絡先																																															
	郵便番号	住所	電話番号																																														
中央区	860-8618	熊本市中央区手取本町1-1	096-328-2320																																														
東区	862-8555	熊本市東区東本町16-30	096-367-9129																																														
西区	861-5292	熊本市西区小島2丁目7-1	096-329-6839																																														
南区	861-4189	熊本市南区富合町清藤405-3	096-357-4134																																														
北区	861-0195	熊本市北区植木町岩野238-1	096-272-0910																																														
種別	枚数	送付枚数	受領枚数	返送枚数																																													
介護併用		1枚	1枚	枚																																													
生保単独		枚	枚	枚																																													
総計		1枚	1枚	枚																																													