

令和5年度 介護保険負担割合証年次更新 取り置き希望表

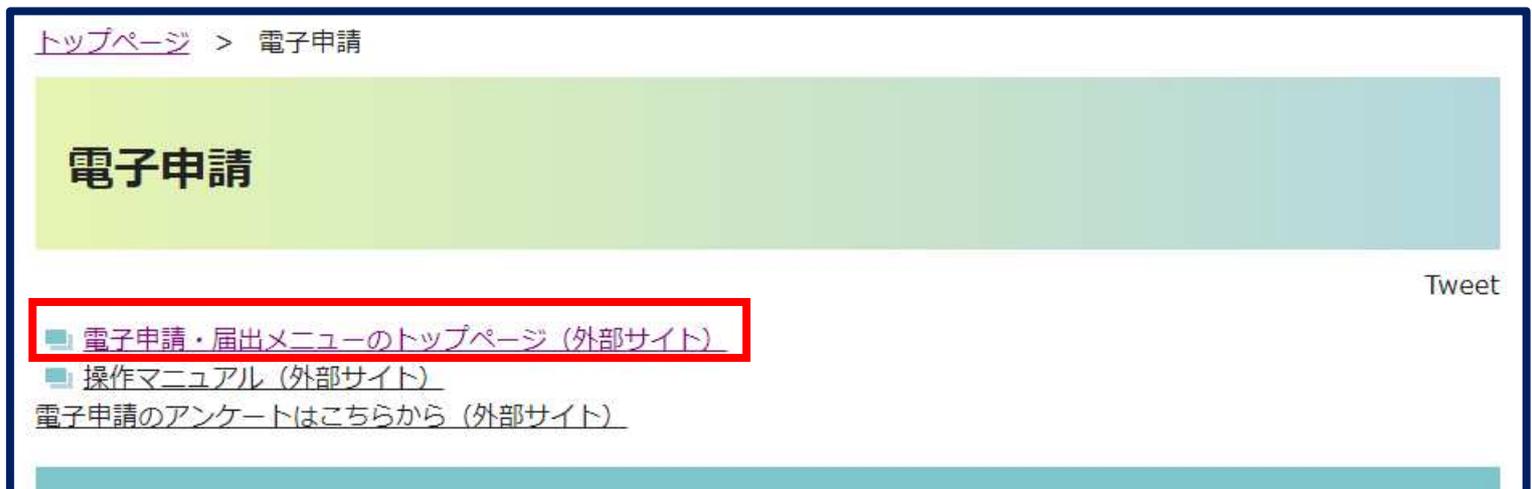
電子申請 入力要領

所沢市ホームページのトップページで、「電子申請」をクリックします。

連絡書（No.1）記載のURLを利用した場合は、へ。



「電子申請・届出メニューのトップページ（外部サイト）」をクリックします。



「検索キーワード」に「介護保険」と入力します。

「絞り込みで検索する」をクリックします。

手続き申込

 **手続き選択をする**

 メールアドレスの確認

 内容を入力する

 申し込みをする

検索項目を入力（選択）して、手続きを検索してください。

検索キーワード

カテゴリ選択

利用者選択 個人が利用できる手続き 法人が利用できる手続き

類義語検索を行う

絞り込みで検索する >

分類別で探す >

五十音で探す >

「令和5年度 介護保険負担割合証 取り置き希望表」をクリックします。

「利用者登録せずに申し込む方はこちら」をクリックします。

手続き申込

利用者ログイン

手続き名	令和5年度 介護保険負担割合証 取り置き希望表
受付時期	2023年4月21日0時00分 ~ 2023年6月27日23時59分

利用者登録せずに申し込む方はこちら >

[利用者登録される方はこちら](#)

「手続き説明」の内容を確認します。

提出期限に間に合わない場合は、負担割合証の取り置き対応をいたしかねます。ご注意ください。

手続き説明

この手続きは連絡が取れるメールアドレスの入力が必要です。
下記の内容を必ずお読みください。

※添付ファイルは一度パソコンに保存してから開くようにしてください。

手続き名	令和5年度 介護保険負担割合証 取り置き希望表
説明	<p>令和5年度の介護保険負担割合証（対象期間：令和5年8月1日～令和6年7月31日）の取り置きを希望される場合には、下記の要領で事前に書類をご提出ください。</p> <p>【提出書類】 令和5年度 介護保険負担割合証 取り置き希望表 【提出期限】 令和5年6月27日（火）必着 【留意点】 事業所単位で取りまとめの上、電子申請でご提出ください。</p> <p>また、取り置きの負担割合証をお受け取りの際は、下記の要領でお受け取りください。 【受取開始日】 令和5年7月20日（木）以降 【必要書類】 年次更新用委任状、名刺、身分証 【留意点】 担当している居宅介護支援事業所の代表者がお受け取りください。 年次更新用委任状は希望表の順に並び変えてお持ちください。</p> <p>なお、負担割合証の取り置きを含め、年次更新の負担割合証発送については、令和5年度No.1の連絡書にて詳しく案内しておりますので、必ずご確認ください。</p>
受付時期	2023年4月21日0時00分 ～ 2023年6月27日23時59分

「置き希望表」のエクセルファイルは、ここからダウンロードできます。

置き希望者の情報等を入力し、電子申請の際に添付してください。(後述。 をご参照ください)

「委任状」のワードファイルも、ここからダウンロードできます。

その他のファイルについても、適宜ご参照ください。

問い合わせ先	所沢市役所 福祉部 介護保険課
電話番号	04-2998-9420
FAX番号	04-2998-9410
メールアドレス	a9420@city.tokorozawa.lg.jp
令和5年度負担割合証 置き希望表	010 令和5年度介護保険負担割合証置き希望表.xls
ダウンロードファイル2	021 介護保険負担割合証 年次更新用委任状.pdf
年次更新用 委任状 (記入要領)	031 介護保険負担割合証 年次更新用委任状 記入要領.pdf
令和5年度 介護保険連絡票 (No.1)	001 介護保険負担割合証の発送について.pdf
令和5年度 負担割合証発送パターン	041 R5負担割合証の発送パターン (連絡用).pdf
電子申請 入力要領	051 電子申請 入力要領.pdf

これ以降の操作は「置き希望表」の完成後にお願いいたします。

「同意する」をクリックします。

「同意する」ボタンをクリックすることにより、この説明に同意いただけましたものとみなします。

上記をご理解いただけましたら、同意して進んでください。

受付時期は 2023年4月21日0時00分 ~ 2023年6月27日23時59分 です。

「申込む」ボタンを押す時、上記の時間をすぎていると申込ができません。

< 一覧へ戻る

同意する >

「法人名」を選択し、「事業者の名称」を入力します。

事業者の「メールアドレス」を入力します。

事業者の名称 **必須**

法人名を選択し、事業者の名称を入力してください。

氏: 名:

法人名:

連絡先メールアドレス **必須**

事業者の連絡先メールアドレスを入力してください。

メールアドレス

事業者の「電話番号」を入力します。(ハイフンは入れても入れなくても、どちらでも構いません)

事業者の「担当者氏名」を入力します。

作成した「置き希望表」を添付します。(「参照」ボタンを利用して添付します)

連絡先電話番号

事業者の連絡先を入力してください。(申請内容の確認等のため、ご連絡する場合があります)

電話番号

担当者氏名

担当者氏名を入力してください。(申請内容の確認等のため、ご連絡する場合があります)

氏 名

負担割合証 置き希望表 **必須**

作成した「令和5年度 介護保険負担割合証 置き希望表」の電子ファイルを添付してください。

「確認へ進む」をクリックします。

担当者氏名

担当者氏名を入力してください。（申請内容の確認等のため、ご連絡する場合があります）

氏 名

負担割合証 取り置き希望表 **必須**

作成した「令和5年度 介護保険負担割合証 取り置き希望表」の電子ファイルを添付してください。

参照...

削除

確認へ進む >

入力事項に誤りがなければ、「申込む」をクリックします。

申込確認

令和5年度 介護保険負担割合証 取り置き希望表

事業者の名称	所沢市 居宅介護支援事業所
連絡先メールアドレス	a9024@tokorozawa.city.lg.jp
連絡先電話番号	04-2998-9420
担当者氏名	所沢 太郎
負担割合証 取り置き希望表	02 令和5年度介護保険負担割合証取り置き希望表.xlsx

< 入力へ戻る

申込む >

以上で電子申請終了です。