

（表）

南九州市介護予防・生活支援サービス事業所指定（更新）申請書

年 月 日

南九州市長 様

申請者 所在地

名 称

代表者氏名

印

南九州市介護予防・生活支援サービスに係る事業所の指定（更新）を受けたいので、以下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	〒						
	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	〒						
指 定 更 新 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	フリガナ							
	事業所の名称							
	事務所の所在地	〒						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
		E-mail						
	同一所在地において行う事業の種類				指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定の有効期間満了日		付表
	基準型訪問介護予防サービス事業							1
	基準型通所介護予防サービス事業							2
	緩和型デイサービス事業							3
介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合）								
指定を受けている他市町村名								

(裏)

備考

- 1 「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」などの別を記入してください。
- 2 「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入してください。
- 3 指定申請の場合、該当する事業の「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄に事業の開始予定年月日を記入してください。
- 4 指定更新申請の場合、該当する事業の「既に指定を受けている事業の指定の有効期間満了日」欄に事業所が現に受けている指定の有効期間満了日（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附則第13条の規定に基づき指定を受けたものとみなされた者については、「平成30年3月31日」）を記入してください。

付表 1

(表)

基準型訪問介護予防サービス事業所の指定（更新）に係る記載事項

事業所	フリガナ		電話番号		
	名称		FAX番号		
	所在地	〒			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文			第 条第 項第 号		
管理者	フリガナ		住所	〒	
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で訪問介護員との兼務の有無			有 ・ 無	
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合記入）	事業所等の名称			
兼務する職種及び勤務時間					
サービス提供責任者	フリガナ		住所	〒	
	氏名				
	生年月日				
	フリガナ		住所	〒	
	氏名				
生年月日					
従業者の職種・員数（人）		訪問介護員等			
		専従	兼務		
		常勤			
		非常勤			
		常勤換算後の人数			
		※基準上の必要人数			
※適合の可否					
主な揭示事項	営業日		その他年間の休日		
	営業時間				
	利用料	法定代理受領の場合			
		法定代理受領でない場合			
	その他の費用				
	通常の事業				
実施地域	備考				
添付書類	別添のとおり				

(裏)

備考

- 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、この欄の記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - (1) 営業日の欄は、営業する曜日等を記入してください。
 - (2) 営業時間の欄は、24 時間表示で記入してください。なお、曜日等で営業時間が異なる場合は、当該曜日等ごとに記入してください。
 - (3) 通常の事業実施地域の欄は、市町村単位で記入するものとし、それによらない場合は、備考欄に記入してください。
- 4 当該事業所所在地以外で事業所の一部として事業所を有する場合は、「付表 1 - 2」に必要事項を記入のうえ、添付してください。
- 5 当該サービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。
- 6 添付書類として、次の書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本等
 - (2) 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（資格証、雇用通知書の写し等を添付）
 - (3) 組織体制図
 - (4) 管理者経歴書
 - (5) サービス提供責任者経歴書
 - (6) 事業所の平面図等
 - (7) 運営規程
 - (8) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (9) 当該事業に係る資産の状況
 - (10) 事故発生時の対応
 - (11) 誓約書及び役員等名簿
 - (12) その他市長が必要と認めるもの

付表 1 - 2

基準型訪問介護予防サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ			電話番号	
	名称			FAX番号	
	所在地	〒			
主な 掲 示 事 項	営業日			その他年間の休日	
	営業時間				
	利用料	法定代理受領の場合			
		法定代理受領でない場合			
	その他の費用				
	通常の事業				
実施地域	備考				
添付書類	別添のとおり				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 2 「主な掲示事項」については、この欄の記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

付表 2

(表)

基準型通所介護予防サービス事業所の指定（更新）に係る記載事項

事業所	フリガナ					電話番号				
	名称					FAX番号				
	所在地	〒								
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文						第 条第 項第 号				
管理者	フリガナ				住所	〒				
	氏名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合記入）		事業所等の名称							
兼務する職種及び勤務時間										
実施単位数	単位									
同時に当該サービスの提供を受けることができる利用者の上限数						人				
食堂及び機能訓練室の合計面積				※基準上の必要な数値		※適合の可否				
				m ²		m ² 以上				
従業者の職種・員数 (人)		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤								
		非常勤								
		※基準上の必要人数								
※適合の可否										
主な 揭示 事項	定員		人							
	営業日					その他年間の休日				
	営業時間									
	サービス提供時間									
	利用料		法定代理受領の場合							
			法定代理受領でない場合							
	その他の費用									
通常の事業実施地域										
添付書類		別添のとおり								

(裏)

備考

- 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、この欄の記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - (1) 営業日の欄は、営業する曜日等を記入してください。
 - (2) 営業時間の欄は、24 時間表示で記入してください。なお、曜日等で営業時間が異なる場合は、当該曜日等ごとに記入してください。
 - (3) 通常の事業実施地域の欄は、市町村単位で記入するものとし、それによらない場合は、備考欄に記入してください。
- 4 当該事業所内で複数の単位を実施する場合、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
- 5 当該サービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。
- 6 添付書類として、次の書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本等
 - (2) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（資格証、雇用通知書の写し等を添付）
 - (3) 組織体制図
 - (4) 管理者経歴書
 - (5) 事業所の平面図等（備品概要を含む）
 - (6) 設備・備品一覧表
 - (7) 運営規程
 - (8) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (9) 当該事業に係る資産の状況
 - (10) 事故発生時の対応
 - (11) 送迎車の登録証及び写真
 - (12) 消火設備その他非常災害に際して必要な設備
 - (13) サービス提供体制実施一覧
 - (14) 誓約書及び役員等名簿
 - (15) その他市長が必要と認めるもの

付表 2 (別紙)

基準型通所介護予防サービス事業所の指定 (更新) に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
単位	従業者の職種・員数 (人)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤								
	非常勤								
	※基準上の必要人数								
	※適合の可否								
	定員			人					
	営業日					その他年間の休日			
	営業時間								
		サービス提供時間							
単位	従業者の職種・員数 (人)	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤								
	非常勤								
	※基準上の必要人数								
	※適合の可否								
	定員			人					
	営業日					その他年間の休日			
	営業時間								
		サービス提供時間							

備考

- 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」については、この欄の記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - (1) 営業日の欄は、営業する曜日等を記入してください。
 - (2) 営業時間の欄は、24 時間表示で記入してください。なお、曜日等で営業時間が異なる場合は、当該曜日等ごとに記入してください。

付表 3

(表)

緩和型デイサービス事業所の指定（更新）に係る記載事項

事業所	フリガナ		電話番号		
	名称		FAX番号		
	所在地	〒			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文			第 条第 項第 号		
管理者	フリガナ		住所	〒	
	氏名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入）				
	兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 （兼務の場合記入）	事業所等の名称			
		兼務する職種 及び勤務時間			
実施単位数	単位				
同時に当該サービスの提供を受けることができる利用者の上限数				人	
食堂及び機能訓練室の合計面積		※基準上の必要な数値	※適合の可否		
		m ²	m ² 以上		
従業者の職種・員数 (人)		従事者			
		専従	兼務		
		常勤			
		非常勤			
		※基準上の必要人数			
※適合の可否					
主な 掲 示 事 項	定員	人			
	営業日			その他年間の休日	
	営業時間				
	サービス提供時間				
	利用料	法定代理受領の場合			
		法定代理受領でない場合			
	その他の費用				
通常の事業実施地域					
添付書類	別添のとおり				

(裏)

備考

- 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は適宜欄を設けて記入するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、この欄の記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - (1) 営業日の欄は、営業する曜日等を記入してください。
 - (2) 営業時間の欄は、24 時間表示で記入してください。なお、曜日等で営業時間が異なる場合は、当該曜日等ごとに記入してください。
 - (3) 通常の事業実施地域の欄は、市町村単位で記入するものとし、それによらない場合は、備考欄に記入してください。
- 4 当該事業所内で複数の単位を実施する場合、2 単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
- 5 当該サービス以外のサービスを実施する場合には、当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況がわかるような料金表を提出してください。
- 6 添付書類として、次の書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本等
 - (2) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（資格証、雇用通知書の写し等を添付）
 - (3) 組織体制図
 - (4) 管理者経歴書
 - (5) 事業所の平面図等（備品概要を含む）
 - (6) 設備・備品一覧表
 - (7) 運営規程
 - (8) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (9) 当該事業に係る資産の状況
 - (10) 事故発生時の対応
 - (11) 送迎車の登録証及び写真
 - (12) 消火設備その他非常災害に際して必要な設備
 - (13) サービス提供体制実施一覧
 - (14) 誓約書及び役員等名簿
 - (15) その他市長が必要と認めるもの

付表 3 (別紙)

緩和型デイサービス事業所の指定 (更新) に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
単位	従業者の職種・員数 (人)	従事者			
		専従	兼務		
		常勤			
		非常勤			
		※基準上の必要人数			
	※適合の可否				
	定員	人			
	営業日			その他年間の休日	
	営業時間				
	サービス提供時間				
単位	従業者の職種・員数 (人)	従事者			
		専従	兼務		
		常勤			
		非常勤			
		※基準上の必要人数			
	※適合の可否				
	定員	人			
	営業日			その他年間の休日	
	営業時間				
	サービス提供時間				

備考

- 1 ※印の欄は、記入しないでください。
- 2 「主な揭示事項」については、この欄の記入を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - (1) 営業日の欄は、営業する曜日等を記入してください。
 - (2) 営業時間の欄は、24 時間表示で記入してください。なお、曜日等で営業時間が異なる場合は、当該曜日等ごとに記入してください。

第2号様式（第12条関係）

変更届出書

年 月 日

南九州市長 様

申請者 所在地

名 称

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。

		介護保険事業所番号											
指定内容を変更した事業所		名 称											
		所 在 地	〒										
		電 話 番 号											
サービスの種類													
変更があった事項		変更の内容											
1	事業所の名称	(変更前)											
2	事業所の所在地												
3	事業者の名称・主たる事務所の所在地												
4	代表者の職・氏名，生年月日及び住所												
5	登記事項証明書，条例等（当該事業に関するものに限る。）												
6	事業所の建物の構造，専用区画等	(変更後)											
7	事業所の管理者の氏名，生年月日及び住所												
8	サービス提供責任者の氏名，生年月日及び住所												
9	運営規程												
10	その他												
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12条関係）

廃止・休止届出書

年 月 日

南九州市長 様

申請者 所在地
 名 称
 代表者氏名

㊟

次のとおり事業所を廃止・休止したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
廃止・休止する事業所	名 称												
	所 在 地	〒											
	電 話 番 号												
サ ー ビ ス の 種 類													
廃止又は休止の別	廃 止 ・ 休 止												
廃止又は休止する年月日	年 月 日												
廃止又は休止する理由													
現にサービスを受けている者に対する措置													
休 止 予 定 期 間 (休止の場合のみ記載)	年 月 日～ 年 月 日												

第4号様式（第12条関係）

再開届出書

年 月 日

南九州市長 様

申請者 所在地

名 称

代表者氏名

㊟

次のとおり事業所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	〒												
	電 話 番 号													
サービスの種類														
再開した年月日	年 月 日													

備考 当該事業に係る従業者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。

第5号様式（第15条関係）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男 ・ 女
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業書の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電話番号 ()	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
南九州市長 様			
上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
平成 年 月 日			
被保険者	住 所	電話番号 ()	
	氏 名	印	
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

（注意）

- この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに南九州市へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず南九州市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

第 6 号様式（第16条関係）

高額介護予防サービス相当費支給申請書

被 保 険 者	ふりがな											保 険 者 番 号				
	氏 名											被 保 険 者 番 号				
	個 人 番 号															
	生 年 月 日	年			月			日				性 別	男 ・ 女			
	住 所											電 話 番 号				
		氏 名			生 年 月 日			性 別		介護保険被保険者の場合 の介護保険番号						
世 帯 構 成	世 帯 主															
	世 帯 員															
<p>南九州市長 様</p> <p>上記のとおり高額介護予防サービス相当費の支給を申請します。</p> <p>なお、すでに支給済みの高額介護予防サービス相当費について、過誤調整等により支給額の減額の決定がなされた場合、今回以降の高額介護予防サービス相当費の支給額と差額の調整を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏名 ㊟</p>																

注意 ・ 今回の支給意向、高額介護予防サービス相当費が支給される場合、申請手続は不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

・ 給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス相当費の支給ができない場合があります。

高額介護予防サービス相当費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行・農協 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			支店コード									
							2 当座預金						
							3 その他						
	フリガナ												
口座名義人													

第7号様式（第17条関係）

（表）

高額医療合算介護予防サービス相当費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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	----	------	------	------	-------	-----------	-----------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日生	性別	個人番号													
氏名																		
										計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月							

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	広域連合名称	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	銀行	金融機関コード	本店	店舗コード	種別	口座番号	フリガナ	振込先口座
1 窓口払い		記入欄	信用金庫		支店		1 普通預金 2 当座預金 3 その他		口座名義人	管理番号
2 口座振込			信用組合		出張所					

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		

南九州市長 様 年 月 日

①上記対象者について、高額医療合算介護予防サービス相当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「○」で囲んでください。 氏名 印

高額医療合算介護予防サービス相当費の支給申請を行う場合、①のみを「○」で囲んでください。 電話番号

(裏)

備考

- 1 この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。

御記入上の注意事項等

1 高額医療合算介護予防サービス相当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算した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護予防サービス相当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ください。
- (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、保険者加入歴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添付する場合には同証明書整理番号を記載してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。
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ください。
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に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
 - 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で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・被保険者への転出による資格喪失を除く。)
・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、御留意ください。
- (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ください。
- (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つけており、自己負担額が3割となっている方については、その給付期間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相当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ください(2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください。)
- (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場合があります。

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。

「GY(申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”)—保険者番号8桁(国保保険者の場合、先頭2桁を“00”とし、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8桁」(計19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。