

四日市市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年12月18日

四日市市長 田中俊行

四日市市規則第64号

四日市市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

四日市市介護保険条例施行規則（平成12年四日市市規則第31号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p><u>（基準収入額の適用の申請）</u></p> <p><u>第9条の2 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第83条の2の3及び第97条の2の2の規定に係る申請書は、介護保険基準収入額適用申請書（第16号様式の2）によるものとする。</u></p>	

第1号様式を次のように改める。

介護保険 要介護・要支援〔認定・更新認定・認定変更〕申請書

四日市市長

次のとおり申請します。

申請年月日	平成 年 月 日	申請に至った原因は、第三者が 起こした事故や労働災害ですか？	1. はい	2. いいえ
-------	----------	-----------------------------------	-------	--------

フリガナ	性別	被保険者番号									
被保険者氏名 (介護が必要な人)	男・女	個人番号									
		生年月日	明・大・昭	年	月	日					

住所	〒	電話	()
----	---	----	-----

前回の要介護認定の結果及び有効期間 (更新・変更時のみ記入)	要介護 [1 2 3 4 5] ・ 要支援 [1 2]
	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

変更申請理由 (認定変更の場合のみ記入)	
----------------------	--

現在の入院、入所施設 (短期入所を含む)	入院・入所施設名	所在地	電話	()
-------------------------	----------	-----	----	-----

提出代行者	名称 (氏名)	該当に○ 1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. その他/本人との関係 ()	印 [1~3の場合/担当者氏名]
	住所	〒	電話 ()

主治医	医療機関名	診療科(総合病院の場合のみ記入)	
	所在地	〒	電話 ()

調査希望日	第1希望 月 日 午前・午後	第2希望 月 日 午前・午後	第3希望 月 日 午前・午後
	土・日・祝日はご遠慮下さい。また、ご希望に添えない場合はあらかじめおたずねします。 なお、訪問予定日は、あらかじめ文書でお知らせします。		

調査場所	該当に○ 1. 自宅 2. 入院・入所施設 3. その他(氏名・住所及び電話番号を下記へ記入して下さい。)		
	氏名	本人との関係	
	住所	電話 ()	

医療保険者名	被保険者氏名
	被保険者証 記号番号

- ※特定疾病名を下記から選んで、番号に○をしてください。
- がん (医師が回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
 - 関節リウマチ
 - 筋萎縮性側索硬化症
 - 後縦靭帯骨化症
 - 骨折を伴う骨粗鬆症
 - 初老期における認知症
 - 脊柱管狭窄症
 - 早老症
 - 多系統萎縮症
 - 脳血管疾患
 - 脊髄小脳変性症
 - 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
 - 閉塞性動脈硬化症
 - 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
 - 慢性閉塞性肺疾患
 - 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

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時は、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、又は介護保険施設へ要介護認定・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提示することに同意します。併せて、提示申請のあった主治医意見書を記載した医師にも、介護認定審査会による判定結果・意見を提示することを同意します。

本人氏名 _____ 印 _____

受付印

交付基準に該当する場合は障害者控除対象者認定書の交付を 希望する 希望しない

第9号様式を次のように改める。

介護保険負担限度額認定申請書

四日市市長

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。

申請日	年 月 日	保険者番号	2 4 2 0 2 4		
フリガナ		被保険者番号	※右詰めで記入してください		
被保険者氏名			個人番号		
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号				
介護保険施設の所在地及び名称等	※ショートステイの場合は記入不要です	<input type="checkbox"/> 1. 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 介護療養型医療施設			
		所在地			
		名称			
		入所年月日	年	月	日
配偶者の有無	有 ・ 無	※別居の配偶者または内縁関係の者を含みます。 配偶者がいない場合は、以下の配偶者に関する事項は記入不要です			
フリガナ		個人番号			
配偶者の氏名		配偶者の生年月日	年	月	日生
配偶者の住所	※同居の場合は記入不要です	〒 電話番号			
配偶者の本年1月1日現在の住所	※ 現住所と同じ場合は記入不要です	〒			
配偶者の課税状況	配偶者は市県民税が <input type="checkbox"/> 課税されています ・ <input type="checkbox"/> 課税されていません				
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他（生活保護受給者・高齢福祉年金受給者）				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※書ききれないときは、別紙に記入して添付してください。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。				
	被保険者			配偶者	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関等	預貯金額	金融機関等	預貯金額
		銀行 支店	円	銀行 支店	円
		銀行 支店	円	銀行 支店	円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類（現金・証券等）	価 額	種類（現金・証券等）	価 額
			円		円

《裏面も必ずご記入ください》

※市使用欄	承認	第 段階 ・ 適用開始： 生活保護受給中（受給開始： 年 月） ・ 境界層該当	市受付印
	不承認	課税（本人 ・ 同居家族 ・ 別世帯配偶者） ・ 預貯金超過	

同意書

四日市市長

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に、私および配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況および保有する預貯金なら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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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

被保険者本人	住所	
	氏名	印
配偶者	住所	
	氏名	印

本人に代わって家族、介護事業者等が記入した場合、下記もご記入ください。

代筆者	住所		電話番号	
	フリガナ		本人との 続柄	
	氏名			
	介護事業者のとき 事業所名称			

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等について、複数の口座を保有している場合はそのすべてを記入し、書ききれない場合は別紙に記入の上、添付してください。また、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 虚偽の申請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条の第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。

第12号様式を次のように改める。

介護保険特定負担限度額認定申請書

（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）

フリガナ		保険者番号	242024			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	年 月 日生		性別	男・女		
住 所	〒 電話番号					
特別養護老人ホームの所在地及び	〒 電話番号					
入所年月日	年 月 日					
特定負担限度申請事由	1 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下のもの等 2 市民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他（ ）					
四日市市長 上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名						

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

第16号様式の次に次の1様式を加える。

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

四日市市長

次のとおり、関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分に係る収入額を申請します。

1	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														
2	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														
3	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	〒																	
	電話番号：																	

氏 名				
年 中 の 収 入	公 的 年 金	円	円	円
	給 与 (パート収入等を含む)	円	円	円
	【 】 (年金・給与以外の収入)	円	円	円
	合 計	円	円	円

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入不要です。

申請者氏名：	電話番号：
申請者住所：	本人との関係：

注意事項

- (1) 市町村民税が課税されている、いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- (2) 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金および公租公課の対象とならない収入(障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など)は除きます。
- (3) 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において四日市市に住所がある方の公的年金収入の場合については、添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。

第17号様式を次のように改める。

介護保険高額介護サービス費等支給申請書

フリガナ			保険者番号	242024			
被保険者氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日	年	月	日生	性別			
住所							
<p>四日市市長</p> <p>上記のとおり高額介護サービス費等の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>							

- 注意
- ・ 給付制限を受けている人については、高額介護サービス費等の支給が出来ない場合があります。
 - ・ 次回からの申請手続きは不要です。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。
 - ・ 振込口座を変更する場合は、別途変更申請が必要です。
 - ・ 太枠内のみ記入して下さい。

口座振込 依頼欄	金融機関名	本・支店名	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				

第17号様式の3を次のように改める。

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	個人番号	生年月日	年月日	性別	計算期間の始期及び終期	年月日	年月日
------------	------	------	-----	----	-------------	-----	-----

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 主帯 2 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	金庫欄コード	本店	支店	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	口座各義人	振込先口座 管理番号
1 窓口払い												
2 口座振込												

保険者 加入歴	備考欄	添付の自己負担額証明書整理番号	
		加入期間	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	

〒510-8601 (宛て先) 三重県四日市市諏訪町1番5号 四日市市長

年 月 日

郵便番号 住所
申請代表者 氏名 電話番号

印

① 上記対象者について、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のいずれも丸で囲んでください。
 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。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(健康福祉部介護・高齢福祉課)