

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。

令和4年4月28日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第36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 data-bbox="236 786 807 880">（高額医療合算介護サービス費等の支給）</p> <p data-bbox="204 904 807 1581">第10条の2 法第51条の2に規定する高額医療合算介護サービス費又は法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費（以下「高額医療合算介護サービス費等」という。）の支給を受けようとする者は、<u>高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第2項に定める保険者又は同法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合が定める自己負担額証明書交付申請書</u>を市長に提出しなければならない。</p> <p data-bbox="204 1606 807 2047">2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、四日市市介護保険自己負担額証明書（<u>第17号様式の3</u>）を当該申請者に交付するものとする。ただし、当該申請者が三重県後期高齢者医療広域連合又は四日市市国民健康保険の被保険者である場合は、当該証明書の交付を省略することができる。</p>	<p data-bbox="871 786 1442 880">（高額医療合算介護サービス費等の支給）</p> <p data-bbox="839 904 1442 1464">第10条の2 法第51条の2に規定する高額医療合算介護サービス費又は法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費（以下「高額医療合算介護サービス費等」という。）の支給を受けようとする者は、<u>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（第17号様式の3）</u>を市長に提出しなければならない。</p> <p data-bbox="839 1606 1442 2047">2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、四日市市介護保険自己負担額証明書（<u>第17号様式の4</u>）を当該申請者に交付するものとする。ただし、当該申請者が三重県後期高齢者医療広域連合又は四日市市国民健康保険の被保険者である場合は、当該証明書の交付を省略することができる。</p>

3 市長は、三重県国民健康保険団体連合会又は医療保険者から高額医療合算介護サービス費等の支給額の計算に係る結果の通知を受けたときは、高額医療合算介護サービス費等支給（不支給）決定通知書（第17号様式の4）により当該通知に係る申請者に通知するものとする。

附 則

1 から 4 まで （略）

5 新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）である感染症をいう。）の影響により収入が減少した者に対する条例第10条の規定の適用については、令和3年度分及び令和4年度分の保険料のうち令和4年4月1日から令和5年3月31日までの間に普通徴収の納期限（特別徴収の場合にあっては特別徴収対象年金給付の支給日）が設定されているもの（資格取得日から14日以内に加入手続が行われなかったため、令和4年3月以前分の保険料の納期限が令和4年4月1日以降に設定されているものを含む。）に限り、第17条第2項の規定に関わらず、市長が別に定める。

3 市長は、三重県国民健康保険団体連合会又は医療保険者から高額医療合算介護サービス費等の支給額の計算に係る結果の通知を受けたときは、高額医療合算介護サービス費等支給（不支給）決定通知書（第17号様式の5）により当該通知に係る申請者に通知するものとする。

附 則

1 から 4 まで （略）

第3号様式を次のように改める。

第3号様式（第5条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

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			
住所	〒		電話番号	
利用者負担額減 免申請理由				
<p>四日市市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 氏名</p>				

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5号様式及び第6号様式を次のように改める。

第5号様式（第5条関係）

（表面）

（裏面）

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">介護保険利用者負担額減額・免除認定証</div>								
交付年月日                      年    月    日								
被 保 険 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	年    月    日						
	適用年月日	年    月    日						
	有効期限	年    月    日						
減 額 ・ 免 除 認 定 事 項	給付率                      /100							
保 険 者 番 号 並びに保険者の 名 称 及 び 印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">0</td> <td style="padding: 2px 5px;">2</td> <td style="padding: 2px 5px;">4</td> </tr> </table> 四 日 市 市 印		2	4	2	0	2	4
2	4	2	0	2	4			

注 意 事 項

- 一 介護サービス又は旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に相当する事業のサービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口に提出してください。
- 二 介護サービス又は旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に相当する事業のサービスを受けるときに支払う金額は、介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の条件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

- 証の大きさ  
 縦 128ミリ  
 横 91ミリ

第 6 号様式（第 6 条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書

（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		2 4 2 0 2 4
被保険者氏名		被保険者番号		
		個 人 番 号		
生 年 月 日	年 月 日生			
住 所	〒 電話番号			
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 電話番号			
入所年月日	年 月 日			
<p>四日市市長</p> <p>上記のとおり特別養護老人ホームの特定要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>				

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 8 号様式及び第 9 条様式を次のように改める。



第8号様式（第6条関係）

（表面）

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 （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証）							
交付年月日							
被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日						
	適用年月日						
有効期限							
減額・免除等認定事項							
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> 四日市市 <span style="float: right;">印</span>	2	4	2	0	2	4
2	4	2	0	2	4		

（裏面）

<p>注 意 事 項</p> <p>一 特定介護老人福祉施設から指定介護福祉施設サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口へ提出してください。</p> <p>二 指定介護福祉施設サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（食事に要する費用を除く。）から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、食費及び居住に要する費用については、介護保険特定負担限度額認定証に記載する食費の特定負担限度額及び居住費の特定負担限度額が上限となります。</p> <p>三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定の有効期限に至ったとき、又は特定介護老人福祉施設を退所したとき（引き続き、他の指定介護老人福祉施設に入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。</p> <p>五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p>
---

○証の大きさ 縦128ミリ 横91ミリ

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)四日市市長

年 月 日

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。

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 日生																			
住所	〒 TEL :																			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	<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 <input type="checkbox"/> 4. 介護医療院 〒 TEL :																			
入所(院)年月日(※)	年 月 日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合には、記入は不要です。																			

配偶者の有無	有 ・ 無																			左記において「無」の場合には、以下の「配偶者に関する事項」について、記入は不要です。																				
配偶者に関する事項	フリガナ																				課税状況	市町村民税： 課税・非課税																		
	氏名																					個人番号																		
	生年月日	年 月 日生																																						
	住所 ※同居の場合は記入不要	〒 TEL :																																						
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒																																						

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①—(1)生活保護受給者又は①—(2)市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。																		
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください。以下同じ) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。																		
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、第1号被保険者(65歳以上)の①—(2)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の場合は650万円(同1,650万円)、③の場合は550万円(同1,550万円)、④の場合は500万円(同1,500万円)以下です。第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを提出します。																		
※通帳等の写しは別添	a. 預貯金額 (普通・定期等)	円					b. 有価証券 (評価概算額)	円					c. その他 (現金・負債を含む)	( )※ ※内容を記入してください					円	

市記入欄(これより下は記入不要)

《裏面も記入してください》

a. b. c. の合計 円

<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 第__段階 適用開始： 年 月 日～ 年 月 日																			(市受付印)
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給中(受給開始： 年 月) <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 特例減額																			
<input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 預貯金等超過(第__段階 の資産要件)																			
	<input type="checkbox"/> 別世帯の配偶者が課税 <input type="checkbox"/> その他( )																			

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並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、私及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	㊟ ※本人自署の場合は押印不要です。
配偶者	住所	
	氏名	㊟ ※本人自署の場合は押印不要です。

被保険者本人以外の方が記入した場合、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			
	介護事業所の職員が代筆者の場合、介護事業所の名称を記入してください。			

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又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、そのすべてを申告してください。また、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告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 1 1 号様式及び第 1 2 号様式を次のように改める。

（表面）

介護保険負担限度額認定証							
交付年月日							
被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日						
	適用年月日						
	有効期限						
食費の負担限度額							
居住費又は 滞在費の負 担 限 度 額	ユニット型個室 ユニット型個室的多床室 従来型個室（特養等） 従来型個室（老健・療養等） 多床室						
保険者番号並 びに保険者の 名 称 及 び 印	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>2</td><td>4</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">四 日 市 市 印</p>	2	4	2	0	2	4
2	4	2	0	2	4		

（裏面）

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院施設サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

○証の大きさ 縦128ミリ 横91ミリ

第12号様式（第8条関係）

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		
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14号様式及び第15号様式を次のように改める。

第14号様式 (第8条関係)

(表面)

介護保険特定負担限度額認定証 (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証)							
交付年月日							
被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日						
	適用年月日						
	有効期限						
食費の特定負担 限 度 額	円						
居住費の特定 負 担 限 度 額	ユニット型個室	円					
	ユニット型準個室	円					
	従来型個室 多床室	円					
保険者番号並び に保険者の名称 及び印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table> 四日市市 <span style="float: right;">印</span>	2	4	2	0	2	4
2	4	2	0	2	4		

(裏面)

注 意 事 項	<p>一 この証によって指定介護福祉施設サービスを利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。</p> <p>二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特別養護老人ホームの窓口へ提出してください。</p> <p>三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至ったとき又は特別養護老人ホームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。</p> <p>五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p>
------------------	--

○証の大きさ 縦128ミリ 横91ミリ



第15号様式（第9条関係）

特例居宅介護サービス費等支給申請書

特例居宅介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、  
特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例施設介護サービス費

（ 年 月分）

フリガナ		保険者番号		242024
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	年 月 日生			
住 所	〒 電話番号			
支払金額合計	円			
申請理由				
四日市市長 上記のとおり、関係書類を添えて特例居宅介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名				

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書を併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。※被保険者本人名義の口座を記入してください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	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			

市 記 入 欄

区 分	保険料納付状況	領収証 確認欄	サービス 提供証明書 確認欄	備 考
1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無			

第 17 号様式を次のように改める。

第17号様式（第10条関係）

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											
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</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 及び第 17 号様式の 4 を次のように改める。

第17号様式の3(第10条の2第2項関係)

〒 ー

様

四日市市介護保険(保険給付) 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	証明対象年度	年度
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		被保険者番号	
対象となる計算期間		年 月 日 ~	年 月 日
計算期間において被保険者であった期間		年 月 日 ~	年 月 日
サービス提供年月	自己負担額	うち70歳~74歳の者に係る自己負担額	摘要
	計		

年 月 日

(所在地)

四日市市長



【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

(計算結果送付先)

--	--

〒 ー

様

四日市市長



高額医療合算介護サービス費等支給(不支給)決定通知書

先に申請のありました高額医療合算介護サービス費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		保険者番号		被保険者番号	
--------	--	-------	--	--------	--

計算対象期間	年 月 ~		年 月	
申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円	支給額		円
給付の種類				
不支給の理由				

振込先(予定)				
金融機関		支店		
口座種目		口座番号		
口座名義人		振込予定日		

[問い合わせ先]

- この通知について不服があるときは、この決定通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、三重県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。
- この通知について不服がある場合は、上記1の審査請求に対する裁決があったことを知った日から6か月以内に、四日市市(訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長)を被告として、津地方裁判所に処分の取り消しの訴えを提起することができます。なお、裁決のあったことを知った日から6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取り消しの訴えを提起することができなくなります。
- この通知については、上記1の審査請求の裁決を経た後でなければ、裁判所に処分の取り消しの訴えを提起することができません(介護保険法第196条)。ただし、下記(1)から(3)のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取り消しの訴えを提起することができます。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

第 17 号様式の 5 を削る。

第 18 号様式及び第 19 号様式を次のように改める。

第18号様式（第11条関係）

介護保険特例特定入所者介護サービス費等支給申請書

フリガナ			保険者番号		2	4	2	0	2	4
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	年 月 日 生									
住 所	〒									
支払った特定入所者介護サービス費等	支払った期間	年 月 日 から 年 月 日								
	支払った特定入所者介護サービス費等	円								
入所（入院、滞在）期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
介護保険施設の所在地及び名称	〒									
	電話番号									
既に認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日	年 月 日								
	適用年月日	年 月 日								
申 請 理 由										
<p>四日市市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて特例特定入所者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</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p>										

注意 この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。被保険者本人名義の口座を記入してください。

上記の給付費を下記の口座に振込んでください。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所	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			

市記入欄

領収証確認欄	備 考



第19号様式（第15条関係）

介護保険料徴収猶予申請書

四日市市長

次のとおり 年度分介護保険料の徴収猶予を申請します。

		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・電話番号の記載は不要です。

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																			

申請理由																		
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第 2 1 号様式を次のように改める。

第21号様式（第16条関係）

介護保険料減免申請書

四日市市長

次のとおり 年度分介護保険料の減免を申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名			本人との関		
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・電話番号の記載は不要です。

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																			

申請理由																		
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に改正前の四日市市介護保険条例施行規則の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、改正後の四日市市介護保険条例施行規則の相当規定によりなされたものとみなす。

(健康福祉部介護保険課)