

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30年3月30日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第23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。

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 <input type="checkbox"/> 4. 介護医療院			
		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：	市受付印
		生活保護受給中（受給開始： 年 月） ・ 境界層該当	
	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	㊟
配偶者	住 所	
	氏 名	㊟

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 1 1 号様式を次のように改める。

第 1 1 号様式 (第 7 条関係)

(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		性別						
	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	円 円 円 円 円							
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; margin-top: 5px;">四 日 市 市 印</p>			2	4	2	0	2	4
2	4	2	0	2	4				

(裏面)

<p>注 意 事 項</p> <p>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。</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定介護保険施設等の窓口提出してください。</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。</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 1 2 8 ミリ 横 9 1 ミリ

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の四日市市介護保険条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後に受ける特定入所者介護サービスに係る費用等の負担限度額認定申請から適用し、同日前に受けた特定入所者介護サービスに係る費用等の負担限度額認定申請については、なお従前の例による。

(健康福祉部介護・高齢福祉課)