

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3年3月15日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第14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>(利用者負担額の減額・免除)</p> <p>第5条 市長は、<u>法第50条に規定する居宅介護サービス費等、法第60条に規定する介護予防サービス費等又は介護保険法施行規則(平成11年厚生省令36号。以下「省令」という。)</u>第140条の63の2第1項第1号イに規定する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(以下「対象サービス」という。)を利用した者(以下「対象サービス利用者」という。)が、次の各号のいずれかに該当することにより、その負担すべき費用(以下「利用者負担額」という。)の全部又は一部を負担することが困難であると認めた場合は、当該対象サービス利用者の申請により、<u>対象サービス</u>に要する費用について、当該各号に定める給付を、当該<u>対象サービス利用者</u>に対して行うことができる。</p> <p>(1) <u>対象サービス利用者</u>又はその属する世帯の生計を主として維持する者</p>	<p>(利用者負担額の減額・免除)</p> <p>第5条 市長は、<u>法第62条に規定する要介護被保険者等</u>が、次の各号のいずれかに該当することにより、その負担すべき費用(以下「利用者負担額」という。)の全部又は一部を負担することが困難であると認めた場合は、当該<u>要介護被保険者等</u>の申請により、<u>法第50条に規定する居宅介護サービス費等、法第60条に規定する介護予防サービス費等又は介護保険法施行規則(平成11年厚生省令36号。以下「省令」という。)</u>第140条の63の2第1項第1号イに規定する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に要する費用について、当該各号に定める給付を、当該<u>要介護被保険者等</u>に対して行うことができる。</p> <p>(1) <u>要介護被保険者等</u>又はその属する世帯の生計を主として維持する者</p>

が、震災、風水害、火災その他これに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産が2分の1以下に減少したと認めるとき 95%超100%以内の給付

(2) 対象サービス利用者の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したことにより、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が2分の1以下に減少したと認められた場合で、当該対象サービス利用者が属する世帯全体の収入が最低生活費の1.3倍以内のとき 95%以内の給付

(3) 対象サービス利用者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により2分の1以下に減少したと認められた場合で、当該対象サービス利用者が属する世帯全体の収入が最低生活費の1.3倍以内のとき 95%以内の給付

(4) 対象サービス利用者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により2分の1以下に減少したと認められた場合で、当該対象サービス利用者の属する世帯全体の収入が最低生活費の1.3倍以内のとき

が、震災、風水害、火災その他これに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産が2分の1以下に減少したと認めるとき 95%超100%以内の給付

(2) 要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したことにより、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が2分の1以下に減少したと認められた場合で、当該要介護被保険者等が属する世帯全体の収入が最低生活費の1.3倍以内のとき 95%以内の給付

(3) 要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により2分の1以下に減少したと認められた場合で、当該要介護被保険者等が属する世帯全体の収入が最低生活費の1.3倍以内のとき 95%以内の給付

(4) 要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により2分の1以下に減少したと認められた場合で、当該要介護被保険者等の属する世帯全体の収入が最低生活費の1.3倍以内のとき 9

95%以内の給付

2 前項の規定による対象サービスに要する費用の額の特例を受けようとする対象サービス利用者は、介護保険利用者負担額減額・免除申請書（第3号様式）にその理由を証明する書類を添えて市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定により申請書の提出を受けたときは、速やかに審査のうち、利用者負担額の減免を承認した者については、介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書（第4号様式）により対象サービス利用者に通知し、介護保険利用者負担額減額・免除認定証（第5号様式）を交付するものとする。

4 （略）

（特定入所者介護サービス費等の負担限度額認定申請）

第7条 法第62条に規定する要介護被保険者等が、法第51条の3第2項第1号に規定する食費の負担限度額及び同項第2号に規定する居住費の負担限度額又は法第61条の3第2項第1号に規定する食費の負担限度額及び同項第2号に規定する滞在費の負担限度額に係る認定を受けようとする場合は、介護保険負担限度額認定申請書（第9号様式）に被保険者証を添えて、市長

5%以内の給付

2 前項の規定による居宅介護サービス費等、介護予防サービス費等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に要する費用の額の特例を受けようとする要介護被保険者等は、介護保険利用者負担額減額・免除申請書（第3号様式）にその理由を証明する書類を添えて市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定により申請書の提出を受けたときは、速やかに審査のうち、利用者負担額の減免を承認した者については、介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書（第4号様式）により要介護被保険者等に通知し、介護保険利用者負担額減額・免除認定証（第5号様式）を交付するものとする。

4 （略）

（特定入所者介護サービス費等の負担限度額認定申請）

第7条 要介護被保険者等が、法第51条の3第2項第1号に規定する食費の負担限度額及び同項第2号に規定する居住費の負担限度額又は法第61条の3第2項第1号に規定する食費の負担限度額及び同項第2号に規定する滞在費の負担限度額に係る認定を受けようとする場合は、介護保険負担限度額認定申請書（第9号様式）に被保険者証を添えて、市長に提出しなければならない

に提出しなければならない。

(特例特定入所者介護サービス費等の支給)

第11条 要介護被保険者が、法第51条の4第1項に規定する特例特定入所者介護サービス費又は法第61条の4第1項に規定する特例特定入所者介護予防サービス費の支給を受けようとする場合は、介護保険特例特定入所者介護サービス費等支給申請書(第18号様式)に第7条第2項及び第8条第2項に規定する介護保険負担限度額認定証等に現に支払った特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費を証明する書類を添えて、市長に提出しなければならない。

2及び3 (略)

ない。

2 (略)

(基準収入額の適用の申請)

第9条の2 省令第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。

(特例特定入所者介護サービス費等の支給)

第11条 要介護被保険者が、法第51条の4第1項に規定する特例特定入所者介護サービス費又は法第61条の4第1項に規定する特例特定入所者介護予防サービス費の支給を受けようとする場合は、介護保険特例特定入所者介護サービス費等支給申請書(第18号様式)に第7条第2項及び第8条第2項に規定する利用者負担割合認定証等に現に支払った特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費を証明する書類を添えて、市長に提出しなければならない。

2及び3 (略)

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	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 年 月 日 ~ 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	電話	( )
	所在地		

提出代行者	名称 (氏名)	※「介護保険 被保険者証」原本の添付がない場合、押印をお願いします。 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 ( )		
	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ためてお尋ねします。入院中の場合は、空欄のままご提出ください。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	( )

第二号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)のみ 医療被保険者証(写し可)を、申請書に添付してください。		被保険者氏名
医療保険者名		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 \_\_\_\_\_

※本人自署の場合は、押印不要です。

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			
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	<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			
		所在地及び名称			
		入所年月日	年 月 日		
配偶者の有無	有 ・ 無	※別居の配偶者又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（かつ <input type="checkbox"/> 遺族年金受給者※ <input type="checkbox"/> 障害年金受給者） <input type="checkbox"/> その他（生活保護受給者・高齢福祉年金受給者） ※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。			受給している全ての年金の保険者を選んでください。  <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済	
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
	不承認	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	
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15号様式を次のように改める。

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	性別	男 ・ 女	
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 1 6 号様式の 2 を削る。

第 1 7 号様式から第 1 7 号様式の 3 まで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	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	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</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				



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	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
--------	----	------	------	------	-------	-----------	-----------

フリガナ		個人番号	生年月日	年 月 日 生	性別	計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月
氏 名							

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	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	振込口座 記入欄	銀行	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座 管理番号								
1 窓口払い	番号										信用金庫							
2 口座振込	1										信用組合							

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		

〒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
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。	郵便番号 申請代表者 氏名 電話番号
	住所

第18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	性別	男・女				
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	〒									
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 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



附 則

この規則は、令和3年4月1日から施行する。

(健康福祉部介護保険課)