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８年７月３１日

四日市市長　　森　　智　広

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。

第９号様式を次のように改める。

第９号様式（第７条関係・表面）

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（※）	□1. 介護老人福祉施設（特養）□2. 介護老人保健施設□3. 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			
	生 年 月 日	年　月　日生	個人番号	
	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	□	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。
	□	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82.65万円以下です。（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。
	□	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82.65万円を超え、120万円以下です。
	□	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 ※通帳等の写しは別添	□	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。

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

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

第９号様式（第７条関係・裏面）

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１１号様式及び第１２号様式を次のように改める。

第11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	
	適用年月日	
	有効期限	
食費の負担限度額	（介護予防）短期入所生活（療養）介護	円
	その他のサービス	円
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室	円
	ユニット型個室的多床室	円
	従来型個室(特養等)	円
	従来型個室(老健・医療院等)	円
	多床室Ⅰ（特養等）	円
	多床室Ⅱ（老健・医療院）	円
	多床室Ⅲ（老健・医療院等）	円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	2 4 2 0 2 4	
	四日市市　印	

（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・医療院等」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に提出してください。

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拘禁刑の処分を受けます。

○証の大きさ　縦１２８ミリメートル　横９１ミリメートル

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82.65万円以下のもの等 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	

附　則

（施行期日）

１　この規則は、令和８年８月１日から施行する。

（経過措置）

２　この規則の施行の際、この規則による改正前の四日市市介護保険条例施行規則第９号様式及び第１２号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

（健康福祉部介護保険課）