

一宮町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8月1日

一宮町長

馬淵昌也



一宮町規則第23号

一宮町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

一宮町介護保険条例施行規則（平成25年一宮町規則第16号）の一部を次のように改正する。

別記第42号様式及び別記第44号様式を次のとおり改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

別記様式第42号（第29条第1項関係）

介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

一宮町長様

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		介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請									
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	性別										
住 所	連絡先										
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	連絡先										
入所（院）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は、記入不要です。										
配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する 事項」については、記載不要です。									
配偶者に 関する 事項	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日	個人番号								
	住 所	連絡先									
	本年1月1日 現在の住所と異 なる場合										
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税										
収入等に 関する 申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者									受給している 全ての年金の 保険者に○を して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金率・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80万円以上です。（受給している年金は○して下さい。以下同じ。） 遺寡年金、かん夫年金、母子年金、単母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。									
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金率・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"/>	⑤市町村民税非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金率・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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1300万円）、 ③の方は550万円（同1100万円）、④の方は500万円（同1000万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～④の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。									
	預貯金額	円	有価証券 （課税課算額）	円	その他 （現金・負債 を含む）	円	（ ） 円 ※内容を記入して下さい。				

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

同意書

一宮町長 様

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、一宮町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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>


住所

氏名

()

別記様式第44号 (第29条第2項関係)

(表面)

介護保険負担限度額認定証							
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						
	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 その他のサービス	円 円					
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="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

(裏面)

注意事項

- 1 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・療養型」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。
- 2 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。
- 3 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、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 4 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 5 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。