

安城市介護保険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6月12日

安城市長 三星元人

安城市規則第39号

安城市介護保険施行規則の一部を改正する規則

安城市介護保険施行規則（平成12年安城市規則第44号）の一部を次のように改正する。

様式第19を次のように改める。

様式第19 (第28条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

安城市長

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。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	個人番号	
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 (※)	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、次の「配偶者に関する事項」 については、記入不要です。	
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 (現住所と 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／第2号被保険者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	<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、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が <b>年額826,500円以下</b> です。 (受給している年金に○を付けてください。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。	受給している全 ての年金の保険 者に○を付けて ください。  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市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が <b>年額826,500円を超え、120万円以下</b> 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、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が <b>年額120万円を超え</b> 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、①に該当する方は1,000万円(2,000万円)、②に該当する 方は650万円(1,650万円)、③に該当する方は550万円(1,550万円)、④に該当する方 は500万円(1,500万円)以下です。※配偶者がある場合は、本人及び配偶者の預貯金、有価証券等 の金額の合計が、それぞれ( )内の金額以下です。					
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債 を含む。)	( ) 円	※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合は、次の欄については、記入不要です。

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

- (1) 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。
- (2) 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白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、  
支給した額の全額及び最大その2倍の加算金を徴収することがあります。

※市町村民税課税世帯の人について申請する場合は、収入申告書(別紙様式)とそれらを証明する書類・施設との契約書等の写しを添付してください。

様式第20を次のように改める。

様式第20 (第28条関係)

注 意 事 項

一 この証によつ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・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をする場合には、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つたとき、認定の条件に該当しなくなつたとき、又は負担限度額認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を安城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つたときは、十四日以内に、この証を添えて、安城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。

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	年 月 日						
適 用 年 月 日	年 月 日から							
有 効 期 限	年 月 日まで							
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 従来型個室的多床室 従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・医療院等) 多床室Ⅰ(特養等) 多床室Ⅱ(老健・医療院) 多床室Ⅲ(老健・医療院等)	円 円 円 円 円 円 円 円						
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	安城市 愛知県安城市桜町18番23号 電話番号(0566)76-1111(代表)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	2	3	2	1	2	4
2	3	2	1	2	4			

様式第 2 2 を次のように改める。

様式第 2 2 (第 2 9 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 被保険者氏名	.....	被保険者番号	
		生年月日	年 月 日
個人番号			
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 ( ) -		
入所する 居室の種類別	1 ユニット型個室	3 従来型個室	
	2 ユニット型個室的多床室	4 多床室	
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額が年額 826,500 円以下のもの等 2 市民税世帯非課税者であって、1 に該当しないもの 3 その他 ( )		
<p>安城市長</p> <p>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を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ( ) -</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	

附 則

この規則は、令和8年8月1日から施行する。