

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2月24日

安城市長 三星元人

安城市規則第4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6及び様式第7を次のように改める。

様式第6（第10条関係）

介護保険資格者証

年 月 日

有効期限									
被 保 険 者	番 号								
	住 所								
	フリガナ								
	氏 名								
	生 年 月 日	性 別							
交付年月日									
要介護状態区分等									
認定年月日 <small>（事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日）</small>									
認定の有効期間		～							
居宅サービス等		区分支給限度基準額							
		～							
		1月当たり							
（うち種類支給限度基準額）	サービスの種類	種類支給限度基準額							
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定									
給 付 制 限	内 容	期 間							
		開始年月日							
		終了年月日							
		開始年月日							
		終了年月日							
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日								
	届出年月日								
	届出年月日								
介護保険施設等	種類	入所等年月日							
	名称	退所等年月日							
	種類	入所等年月日							
	名称	退所等年月日							
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> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>								

様式第7（第11条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

安城市長  新規  要支援者の要介護新規申請  更新  区分変更  転入

次のとおり申請します。

- 注意 1 必要項目全てを記入してください。  
2 介護保険被保険者証を添付してください。

		申請年月日	年 月 日				
被 保 険 者	介護保険被保険者番号				個人番号		
	医療保険	保険者名				保険者番号	
		被保険者等	記号		番号		枝番
	フリガナ				生年月日	年 月 日 ( ) 歳	
	氏名				性別	男 ・ 女	
	住所	〒			電話番号	( ) -	
	現在の施設等への入所・入院状況（短期入所を除く。） 〔無・有〕 「有」の場合は、右欄に詳細を記入してください。	施設名				<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 特定施設等	
所在地		〒			電話番号	( ) -	
入院(所)日		年 月 日			〔 病棟 階 号室〕		
手術		有 ( 月 日 ) ・ 無			退院予定日 月 日 ・ 未 定		

前回の要介護認定の結果等	状態区分	要支援 ( ) 要介護 ( )	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
申請理由	<input type="checkbox"/> ヘルパー、通所介護等のサービスを希望 <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具貸与等を希望 <input type="checkbox"/> 状態が変化するため <input type="checkbox"/> 更新のため <input type="checkbox"/> その他 ( )				

申請者	氏名			被保険者の続柄	
	住所	〒		電話番号	( ) -
提出代行者	名称	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			
	所在地	〒		担当者名〔	〕
				電話番号	( ) -

主治医	医療機関名			医師氏名		
	所在地	〒		電話番号	( ) -	
	最終受診日	年 月 日		今回の申請について、主治医は意見書の作成を了承していますか。		
	次回受診予定日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 了承している。 <input type="checkbox"/> 了承していない。 → <u>必ず主治医の了承を得てください。</u>		

※以下は、第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

※以下は、更新申請の場合のみ記入してください。

現在の有効期間内に認定がされる場合は、認定延期の通知をしないことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> 同意する。	<input type="checkbox"/> 同意しない。
--	--------------------------------	---------------------------------

<p>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ときは、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、主治医意見書、安城市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、安城市から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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人（被保険者）氏名</p>
--

様式第9から様式第12までを次のように改める。

様式第9（第13条関係）

年 月 日

安城市長



介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書

年 月 日にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請について、介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので、認定し、通知します。

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
認 定 年 月 日		認 定 結 果	
認 定 理 由			
介 護 認 定 審 査 会 の 意 見			
認 定 の 有 効 期 間			
備 考			

- ・従前の被保険者証をお持ちの方は、以下の問合せ先に提出してください。ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。
- ・認定の有効期間内であっても、状態の変化等により状態区分の変更をする場合があります。また、認定変更の申請をすることもできます。
- ・認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは、認定の有効期間の満了の日の60日前から認定の更新の申請をすることができます。
- ・サービスの種類の指定を受けた場合は、状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。
- ・介護認定審査会の意見として、サービスの適切かつ有効な利用等に関しての留意事項がある場合には、被保険者証に記載してあります。

（お問合せ先）

不服の申立て等

この通知に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（被告を代表する者は市長）、裁判所に提起することができます。ただし、①審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第10（第14条関係）

年 月 日

安城市長



介護保険要介護認定・要支援認定等却下通知書

年 月 日にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請を却下します。

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
却 下 理 由			
備 考			

（お問合せ先）

不服の申立て等

この通知に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（被告を代表する者は市長）、裁判所に提起することができます。ただし、①審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第11（第15条関係）

年 月 日

安城市長



介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書

年 月 日にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請についての認定等を次のとおり延期しますので、通知します。

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
延 期 理 由			
処 理 見 込 期 間			

（お問合せ先）

様式第12（第16条関係）

年 月 日

安城市長



介護保険要介護認定・要支援認定取消通知書

年 月 日に行われた要介護認定・要支援認定を介護認定審査会の審査に従い取り消します。

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
取 消 理 由			
備 考			

従前の被保険者証をお持ちの方は以下のとおり提出してください。ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

（お問合せ先）

不服の申立て等

この通知に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（被告を代表する者は市長）、裁判所に提起することができます。ただし、①審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第18を次のように改める。

様式第18（第27条関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月 日

フリガナ			被保険者番号	
被保険者氏名				
生年月日			個人番号	
住所				
世帯構成		氏名	生年月日	介護保険の被保険者の場合被保険者番号
		世帯主		
		世帯員		
		世帯員		
安城市長 高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 年 月 日  申請者 住所  電話番号（ ） -  氏名				

注意 ・今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります（支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。）。

・給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

・すでに支給した月の高額介護（介護予防）サービス費の額が減額となった場合、以降の支給額から減額をし、又は返還を求めることがあります。

高額介護（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄  振込先の口座を 記入してください。	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 出張所	口座種目 1 普通 2 当座	口座番号	
	フリガナ			金融機関コード	支店コード
	口座名義人				

ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号も記入してください。

1				0
---	--	--	--	---

様式第26を次のように改める。



様式第 29 及び様式第 30 を次のように改める。



納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

年度分（ ）年度調定分）の介護保険料額が次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			
決定年月日			
決定理由			

年間保険料額	月	期別	保険料額		普通徴収の場合の納期限
			特別徴収	普通徴収	
	4月				
	5月				
	6月				
	7月				
	8月				
	9月				
	10月				
	11月				
	12月				
	1月				
	2月				
	3月				
	計				
	合計額				

これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。  
 なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度4・6・8月も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

保険料算定の基礎

期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①/12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③-④
～						

保険料段階の算出根拠

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

金融機関	-----		
口座種目		口座番号	
口座名義人			

（お問合せ先）

不服の申立て等

この通知に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（被告を代表する者は市長）、裁判所に提起することができます。ただし、①審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、審査請求に対する裁決を経なくても処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第30（第34条関係）

年 月 日

安城市長



納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収額変更通知書、特別徴収中止通知書

年度分（ ）年度調定分）の介護保険料額が次のとおり変更しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			
変更年月日			
変更理由			

年間保険料額	月	期別	変更前の保険料額		変更後の保険料額		普通徴収の場合の納期限
			特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	
これまでの保険料納付等	4月						
保険料徴収方法	5月						
特別徴収義務者	6月						
特別徴収対象年金	7月						
	8月						
	9月						
	10月						
	11月						
	12月						
	1月						
	2月						
	3月						
	計						
	合計額						
	差引増減額						

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。  
 なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度4・6・8月も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

保険料算定の基礎

	期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①/12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③-④
(変更前)	～						
(変更後)	～						

保険料段階の算出根拠

	本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額
(変更前)						
(変更後)						

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

金融機関名			
口座種目	口座番号		
口座名義人			

(お問合せ先)

不服の申立て等

この通知に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（被告を代表する者は市長）、裁判所に提起することができます。ただし、①審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第7の改正規定は、令和8年4月1日から施行する。

### (経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に交付されている改正前の様式第6による介護保険資格者証及び様式第26による介護保険受給資格証明書は、改正後の様式第6による介護保険資格者証及び様式第26による介護保険受給資格証明書とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に改正前の様式第18の規定に基づいて作成されている用紙は、改正後の様式第18の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。
- 4 様式第7の改正規定の施行の際現に改正前の様式第7の規定に基づいて作成されている用紙は、改正後の様式第7の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。