

南知多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8年4月1日

南知多町長 石 黒 和 彦

## 南知多町規則第16号

南知多町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

南知多町介護保険条例施行規則（平成12年南知多町規則第28号）の一部を次のように改正する。

様式第7号中「

南知多町長 様

次のとおり申請します。

**介護保険**

**要介護  
要支援**

**認定等申請書**

新規 更新 転入  
区分変更（介護・変更）

被 保 険 者	被保険者番号			個人番号		
	医療保険静報					
	フリガナ			申請年月日		
	氏 名			生年月日		
	住 所					
	前回の要介護 認定の結果	要介護度 有効期間				
		他市町村から転入 した方	前保険者（転出市町村）名 [ ] ※現在、認定申請中ですか。 はい・いいえ （認定結果を受取済の場合は「いいえ」を選択） 「はい」の場合→申請日			
	変更理由 (区分変更の場合)					
	過去6月間の 入院入所 有・無	介護施設・病院名			入所・入院期間	
			退院予定			
特定疾病名	2号被保険者のみ記入 (40歳から64歳の方)					
主治医	主治医氏名			医療機関名		
	所在地					

申請者 ※本人以外の場合のみ	親族等	氏 名 住 所			
	代行 申請者 (事業所)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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 名 称 担当者 所在地			

- 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、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、及び主治医意見書を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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することと同意します。
- (国保・後期の方) 南知多町国民健康保険及び愛知県後期高齢者医療広域連合から医療保険静報を得ることに同意します。
- (本人以外が申請する場合のみ) 介護保険要介護・要支援(更新)認定申請書の提出を上記(代行)申請者に委任します。
- (更新申請の場合のみ) 現在の認定有効期間内に認定が行われる場合は、認定延期通知の省略に同意します。

申請同意 本人署名 \_\_\_\_\_ (代筆者署名) \_\_\_\_\_

※本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」「代筆者署名」を記入してください。

訪問調査について	訪問調査同席者		
	日程調整等連絡先		
	連絡のとれる時間帯		
	備考	※ 受付印	
	訪問先住所		

※事務処理専用 居宅「 \_\_\_\_\_ 」前回「 \_\_\_\_\_ 」在新・在継・施新・施継

」を「

南知多町長 様

次のとおり申請します。

**介護保険**

**要介護  
要支援**

**認定等申請書**

新規 更新 転入  
区分変更（介護・変更）

被 保 険 者	被保険者番号			個人番号		
	医療保険情報					
	フリガナ				申請年月日	
	氏 名				生年月日	
	住 所					
	前回の要介護 認定の結果	要介護度 有効期間				
		他市町村から転入 した方	前保険者（転出市町村）名 [ ] ※現在、認定申請中ですか。 はい ・ いいえ （認定結果を受取済の場合は「いいえ」を選択） 「はい」の場合→申請日			
	変更理由 (区分変更の場合)					
過去6月間の 入院入所 有 ・ 無	介護施設・病院名			入所・入院期間		
				退院予定		
特定疾病名	2号被保険者のみ記入 (40歳から64歳の方)					
主治医	主治医氏名			医療機関名		
	所在地					

申請者 ※本人以外の場合記入	親族等	氏 名				
		住 所				
代行 申請者 (事業所)	名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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				
		所在地	担当者			

- 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医意見書を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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した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も含む。）ことに同意します。
- （国保・後期の方）南知多町国民健康保険及び愛知県後期高齢者医療広域連合から医療保険料情報を得ることに同意します。
- （本人以外が申請する場合のみ）介護保険要介護・要支援（更新）認定申請書の提出を上記（代行）申請者に委任します。
- （更新申請の場合のみ）現在の認定有効期間内に認定が行われる場合は、認定延期通知の省略に同意します。

申請同意 本人署名 \_\_\_\_\_ (代筆者署名) \_\_\_\_\_  
※本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」「代筆者署名」を記入してください

訪問調査について	訪問調査同席者					
	日程調整等連絡先					
	連絡のとれる時間帯					
	備考					※ 受付印
	訪問先住所					
※事務処理専用欄 居宅「 _____ 」前回「 _____ 」在新・在継・施新・施継						

」に改める。

介護保険負担限度額認定申請書

南知多町長 様

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		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日			
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、記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	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  受給している全ての年金の保険者に○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"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。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。	
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得額の合計額が年額120万円を超えます。	
預貯金等に関する申告  ※漏網等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤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(評価額) 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

- (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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

## 介護保険負担限度額認定申請書

南知多町長 様

令和 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	0000	
被保険者氏名		個人番号		
生年月日	大正・昭和 年 月 日			
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(※)	平成 令和 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、記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 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/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している年金にO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。		
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。		
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得額の合計額が年額120万円を超えます。		
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、⑥～⑤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 (評価額) 円	その他 (現金・負債を含む) 円
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**

- (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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

」に改める。

附 則

この規則は、令和8年4月1日から施行する。