

高山市規則第 6 号

高山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 3 1 日

高山市長 田 中 明

高山市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

高山市介護保険条例施行規則（平成 1 6 年高山市規則第 4 4 号）の一部を次のように改正する。

改正前															
別記様式第24号															
介護保険負担限度額認定申請書															
(申請先) 高山市長 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 被保険者氏名		被保険者番号													
		個人番号													
生年月日		性 別				男 女									
住 所		〒 電話番号													
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)		〒 電話番号													
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					個人番号									
	住 所	〒 電話番号													
	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	☐	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				預貯金等の 基準額	1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下)								
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が 年額80.9万円以下です。					650万円以下 (夫婦は1,650万円以下)								
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が 年額80.9万円を超え120万円以下です。					550万円以下 (夫婦は1,550万円以下)								
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額と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。					500万円以下 (夫婦は1,500万円以下)								
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は、基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
	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には、下記について記載は不要です。															
申請者氏名		電話番号(自宅・連絡先)													
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。															
同意書 (略)															

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)

		個人番号															
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号															
		被保険者番号															
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女														
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																
入所する居室の種別(※)	1 ユニット型個室 3 従来型個室 2 ユニット型准個室 4 多床室																
入所年月日(※)	年 月 日																
特 定 負 担 限 度 申 請 事 由	1 市町村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80万円以下のもの等 2 市町村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()																
(あて先)高山市長 上記のとおり食事・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名																	

※介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入不要です。

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	

改正後																			
別記様式第24号																			
介護保険負担限度額認定申請書																			
(申請先) 高山市長 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 被保険者氏名		被保険者番号																	
		個人番号																	
生年月日		性 別				男 女													
住 所		〒 電話番号																	
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)		〒 電話番号																	
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					個人番号													
	住 所	〒 電話番号																	
	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	☐	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				預貯金等の基準額	1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下)												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額と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。					650万円以下 (夫婦は1,650万円以下)												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額と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。					550万円以下 (夫婦は1,550万円以下)												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 公的年金収入額と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。					500万円以下 (夫婦は1,500万円以下)												
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は、基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																	
	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には、下記について記載は不要です。																			
申請者氏名		電話番号(自宅・連絡先)																	
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。																			
同意書 (略)																			

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)

		個人番号																	
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号																
			被保険者番号																
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生		性 別		男 ・ 女														
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																		
入所する居室の種別(※)	1 ユニット型個室 3 従来型個室 2 ユニット型准個室 4 多床室																		
入所年月日(※)	年 月 日																		
特 定 負 担 限 度 申 請 事 由	1 市町村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82.65万円以下のもの等 2 市町村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()																		
(あて先)高山市長 上記のとおり食事・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名																			

※介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入不要です。

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。