

砂川市規則第26号
令和7年7月31日

砂川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。

砂川市長 飯澤明彦

(別紙)

砂川市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市介護保険条例施行規則（平成12年規則第2号）の一部を次のように改正する。

別記第15号様式、別記第17号様式及び別記第18号様式を次のように改める。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、令和7年8月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この規則の施行の日（以下この項において「施行日」という。）の前に施行日以後における負担限度額の認定を受けるために申請したこの規則による改正前の別記第15号様式及び別記第18号様式については、これらの様式中「年額80万円」とあるのは、「年額80.9万円」とし、当該認定の可否を決定するものとする。
- 3 改正前の別記第17号様式による介護保険負担限度額認定証は、当分の間、これを取り繕うことにより、使用することができる。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 砂川市長 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。

ふりがな			個人番号						
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年 月 日		性別	男・女					
住所	〒		電話（　　）－						
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	所在地	〒	電話（　　）－						
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、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	ふりがな			個人番号						
	氏名			生年月日	年 月 日					
	住所	〒		電話（　　）－						
	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"/> 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（夫婦は2,000万円）以下				
	<input type="checkbox"/> 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※1・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○を付けてください）		650万円（夫婦は1,650万円）以下				
	<input type="checkbox"/> 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※1・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円を超え120万円以下です。（受給している年金に○を付けてください）		550万円（夫婦は1,550万円）以下				
	<input type="checkbox"/> 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※1・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○を付けてください）		500万円（夫婦は1,500万円）以下				
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。						
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他の（現金・負債を含む。）	※2	円

※1 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。

※2 種類と金額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

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) 同じ種類の預貯金、有価証券等を複数所有している場合は、その全てを記入し、預貯金等に係る通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (3) 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。

◎裏面も必ずご記入ください。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 該当 利用者負担 第 1・2・3①・3② 段階	<input type="checkbox"/> 非該当 〔事由 <input type="checkbox"/> （本人・世帯・配偶者）課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過〕
------	---	---

同 意 書

砂川市長 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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてかまいません。

年 月 日

<本 人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

別記第17号様式（第13条関係）

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	性 別
	適用年月日	年 月 日	
	有 効 期 限	年 月 日	
食費の負担限度額	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・医療院等） 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	0 1 2 2 6 0	砂川市 國	

注 意 事 項

- 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。）並びに介護保険施設サービス、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。
- 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。
- 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、この証を砂川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。
- 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、砂川市にその旨を届け出してください。
- 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。

別記第18号様式（第14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	個人番号		
被保険者氏名	被保険者番号		
生年月日	生	性別	
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 2 ユニット型個室的多床室	3 従来型個室 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80.9万円以下のもの等 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()		
砂川市長 様 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の申請をします。 また、この介護保険特定負担限度額認定の申請に当たり、私と私の同一世帯員の市町村民税課税台帳を閲覧することに同意します。 年月日 住所 申請者 氏名 電話番号			

市記入欄

交付年月日	備考
年月日	
適用年月日	
年月日	
有効期限	
年月日	