

長浜市介護保険規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 7 年 7 月 2 5 日

長浜市長 浅見 宣義

長浜市規則第 6 5 号

長浜市介護保険規則の一部を改正する規則

第 1 条 長浜市介護保険規則（平成30年長浜市規則第36号）の一部を次のように改正する。
様式第 2 5 号を次のように改める。

収受日（市記載欄）
年 月 日

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

長浜市長 あて

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	
被保険者氏名				
生年月日	年 月 日	個人番号		
住 所	〒			電話番号
入所（院）した 介護保険施設の 種類、所在地及び 名称	☐ 介護老人福祉施設（特養） ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ その他（ショートステイ・入所予定・その他施設）			
	所在地			※ショートステイ（短期入所）、入 所予定、その他施設の場合は、所在 地、名称、入所年月日については、 記入不要です。
	名 称			
入所（院）年月日	年 月 日			

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		個 人 番 号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	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のみ記入）		
	市町村民税 の課税状況	課税 ・ 非課税		

				預貯金等の基準額			
収 入 等 に 関 する 申 告	☐ 1	① 生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			②の方は1,000万円（夫 婦は2,000万円）以下		
	☐ 2	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入 額とその他の合計所得金額と 〔 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 〕 の収入額の合計が	年額 80 万円以下	650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下			
	☐ 3①		年額 80 万円を超え 120 万円以下	550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下			
	☐ 3②		年額 120 万円を超える	500 万円（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

申請者氏名	（申請者が被保険者と異なる場合のみ記入）	電話番号
申請者住所		被保険者との続柄

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方を含みます。
- (2) 第2号被保険者に係る預貯金等の基準額については、一律1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。
- (3) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 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。
- (5) 虚偽の申告により不正に軽減を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、軽減された額及び最大2倍の加算金を納付していただくことがあります。

同 意 書

長浜市長 あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、長浜市長が官公署、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。）に対し、私及び私の配偶者（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、長浜市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<被保険者>

住所 _____

氏名 _____

※氏名を手書き（自署）しない場合は、記名押印をお願いします。

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

※氏名を手書き（自署）しない場合は、記名押印をお願いします。

様式第 3 4 号を次のように改める。

収受日(市記載欄)

年 月 日

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号			2	5	2	0	3	1
被保険者氏名			被保険者番号								
生 年 月 日	年 月 日										
住 所	〒								電話番号 (下欄に記入ください)		
									()		
住宅の所有者	本人との関係()										
改修の内容・ 箇所及び規模			業者名								
			着工日	年 月 日							
			完成日	年 月 日							
改 修 費 用											円 (右詰めで記入してください。)
長浜市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 住所 _____ 申請者 _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ ※氏名を手書き(自署)しない場合は、記名押印をお願いします。 ※完成後の状態が確認できる書類等及び領収書を添付してください。											

居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	☐ 銀行		☐ 本店		種 目	口 座 番 号					
	☐ 信用金庫		☐ 支店								
	☐ 協同組合		☐ 支所		☐ 普通預金						
	金融機関コード		店舗コード		☐ 当座預金						
	フリガナ										
口座名義人											

※受領委任払による支給申請を行う場合は、裏面の必要事項を記入してください。

【以下市記入欄】

生保	異送付	負担	介護度	認定日・開始日	残高	自費	円	領収書記載日	裏面記載
給付制限		割			円	保険	円	年 月 日	あり ☐
						支給決定	円		なし ☐

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費代理受領委任状

長浜市長 あて

次のとおり、居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限を委任します。
また、長浜市が、居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給決定の情報を代理人へ提供することを承諾します。

年 月 日

委任者氏名

※氏名を手書き(自署)しない場合は、記名押印をお願いします。

(受代理者人)	所在地	〒 電話番号 ()
	名 称	
	代表者氏名	

第2条 長浜市介護保険規則の一部を次のように改正する。

様式第25号中「80万円」を「80.9万円」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第2条の規定は令和7年8月1日から施行する。