



志摩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 5 月 8 日

志摩市長

橋爪政吉

志摩市規則第29号

志摩市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

志摩市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則(平成 16 年志摩市規則第 121 号)の一部を次のように改正する。

様式第5号を次のように改める。

様式第5号(第7条関係)

介護保険 ( 要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 ) 申請書

(宛先)志摩市長  
(宛先)鳥羽志勢広域連合長  
次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日	
被保険者番号		個人番号			
医療 保 険	保険者名	保険者番号			
	被保険者証	記号	番号	枝番	
フリガナ		生年月日		年 月 日	
氏名		性別			
住所		〒 電話番号			
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期間 年 月 日から 年 月 日	
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村名)   現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日 はい・いいえ			
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～年 月 日		
	介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～年 月 日		
有・無	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～年 月 日		

提出 代 行	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
	住所	〒 電話番号

主治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

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、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人が取得した心身の状況等の情報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、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。  
本人氏名

様式第7号を次のように改める。

様式第7号(第8条関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先)志摩市長

(宛先)鳥羽志勢広域連合長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名		被保険者との関係	
提出代行者 名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
申請者住所	〒		電話番号

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 者	被保険者番号												
	医 療 保 険	保険者名						保険者番号					
		被保険者証	記号				番号			枝番			
	フリガナ						個人番号						
	氏 名	生年月日			年 月 日								
		性 別											
	住 所	〒					電話番号						
	前回の要介護認定 の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2			
		有効期間	年 月 日から			年 月 日							
	変更申請の理由												
過去6月間の介護 保険施設、医療機 関等 入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日～	年 月 日					
	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日～	年 月 日					
	医療機関等の名称等・所在地					期間	年 月 日～	年 月 日					
	有・無	医療機関等の名称等・所在地					期間	年 月 日～	年 月 日				

主 治 医	主治医の氏名				医療機関名		
	所在地	〒		電話番号			

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名		
-------	--	--

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、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人が取得した心身の状況等の情報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、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。 本人氏名

様式第 17 号を次のように改める。

様式第17号(第13条・第15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						
	通 用 年 月 日 年 月 日から						
有 効 期 限 年 月 日まで							
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 円 その他のサービス 円						
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 円 ユニット型個室的多床室 円 従来型個室(特養等) 円 従来型個室(老健・医療院等) 円 多床室Ⅰ 円 多床室Ⅱ 円 多床室Ⅲ 円						
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">志 摩 市 印</p>	2	4	2	1	5	6
2	4	2	1	5	6		

注 意 事 項

一 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)並びに介護保健施設サービス、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。

二 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へ提出してください。

三 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。

四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。

五 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。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の志摩市介護保険条例施行規則の規定は、令和 8 年 4 月 1 日から適用する。