

堺市介護保険施行規則の一部を改正する規則

第1条 堺市介護保険施行規則（平成12年規則第72号）の一部を次のように改正する。

別表第2の(2)の項中「800,000円」を「809,000円」に改める。
様式第54号中

「

③市町村民税世帯非課税者であって、
課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○をしてください。）
※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。

を

④市町村民税世帯非課税者であって、
課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。（受給している年金に○をしてください。）

「

③市町村民税世帯非課税者であって、
課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。（受給している年金に○をしてください。）
※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。

に

④市町村民税世帯非課税者であって、
課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。（受給している年金に○をしてください。）

改める。

様式第93号中「800,000円」を「809,000円」に改める。

第2条 堺市介護保険施行規則の一部を次のように改正する。

別表第2の(2)の項中「809,000円」を「826,500円」に改める。
様式第15号及び様式第34号を次のように改める。

（次のよう 別記）

附 則

（施行期日）

- 1 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8年4月1日から施行する。

（適用区分）

- 2 第1条の規定による改正後の堺市介護保険施行規則（以下「第1条改正後規則」という。）別表第2の規定は、令和7年度分の保険料に係る減免について適用し、令和6年度以前の年度分の保険料に係る減免については、なお従前の例による。
- 3 第2条の規定による改正後の堺市介護保険施行規則別表第2の規定は、令和8年度以

後の年度分の保険料に係る減免について適用し、令和7年度以前の年度分の保険料に係る減免については、なお従前の例による。

(経過措置)

- 4 第1条の規定の施行の際、第1条の規定による改正前の堺市介護保険施行規則様式第54号又は様式第93号の規定により作成され、現に保管されている帳票については、当分の間、第1条改正後規則様式第54号又は様式第93号の規定による帳票とみなして使用することができる。

堺市介護保険要介護・要支援認定申請書
(新規・更新・区分変更)

堺市長 殿

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号				個人番号			
	医療保険者名 (保険者番号)				医療保険被保険者 記号番号枝番			
	フリガナ				<input type="checkbox"/> 男	生年月日		
	氏名				<input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
	住所 *住民登録地又は外国人登録地を記入				〒 電話番号 FAX番号			
	通知等送付先 氏名・住所等				氏名		本人との 関係	
					住所 〒			
					電話番号		FAX番号	
	現在の 要介護等 状態区分		*更新・区分変更申請 の場合のみ記入		要介護 (1 2 3 4 5)		要支援 (1 2)	
			*14日以内に他自治体から 転入した者のみ記入		有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで			
				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・いいえ 「はい」の場合は、その申請日 年 月 日				
区分変更申請の理由 *区分変更申請の場合のみ記入								
訪問調査先について (現在、本人の居場所が上記住所と異なる場合記入)		<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他の施設・病院		住所 〒 (方) 入院・入所施設名 [] (施設に入所の方) 電話番号 FAX番号 施設退所予定がある方は退所予定年月日(年 月 日)				
訪問調査について				*訪問調査日程について、特に都合の悪い曜日及び時間帯がある場合は、記入してください。 *訪問に当たり、配慮すべきことがあれば記入してください。 立会希望(有・無) 昼間連絡先(どなたに 電話番号)				

提出代行者 申請代理人 名称・氏名	該当するものに○(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・介護医療院・家族・その他)
住所又は 所在地	〒 電話番号 FAX番号

主治医	主治医の氏名	医療機関名	(最終受診年月日 年 月 日)
	医療機関 所在地	〒 電話番号	FAX番号

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
・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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、堺市が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、堺市から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。
・更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超えるとであっても、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

本人氏名 (※)
(被保険者(本人)が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

堺市介護保険サービス種類指定変更申請書

堺市長 殿

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

被 保 者	介護保険被保険者番号											申請年月日	年 月 日	
	個人番号													
	医療保険者名	(保険者番号)					医療保険者 被保険者 記号番号枝番							
	フリガナ						<input type="checkbox"/> 男	生年月日						
	氏名						<input type="checkbox"/> 女	年 月 日						
	住所 *住民登録地又は外国人登録地を記入	〒										電話番号	FAX番号	
	通知等送付先 氏名・住所等	住所 〒					氏名		本人との 関係					
	現在の要介護等 状態区分	要介護 (1 2 3 4 5)					要支援 (1 2)							
		有効期間					年 月 日から		年 月 日まで					
	新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の取消しを求める旨を記入													
	種類指定 変更理由													

提出代行者 申請代理人 名称・氏名	該当するものに○（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・介護医療院・家族・その他）
住所又は 所在地	〒 電話番号 FAX番号

主治医	主治医の氏名			医療機関名		
	医療機関 所在地	〒		電話番号	FAX番号	

第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

- ・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
- ・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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、堺市が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、堺市から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 (※)

(被保険者(本人)が自署しない場合は、記名押印をしてください。)