

岬町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則を公布する。

令和8年6月26日

岬町長 田代 堯

岬町規則第15号

岬町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

岬町介護保険条例施行規則（平成12年岬町規則第10号）の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分をこれに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正前				改正後					
別表1(第35条関係) 1 施行規則第83条第1号及び第97条第1号に規定する災害等による利用者負担額の減額・免除に係る給付率の基準				別表1(第35条関係) 1 施行規則第83条第1号及び第97条第1号に規定する災害等による利用者負担額の減額・免除に係る給付率の基準					
損害の程度	生計維持者の前年中の合計所得金額	要介護認定等被保険者の状況		給付率	損害の程度	生計維持者の前年中の合計所得金額	要介護認定等被保険者の状況		給付率
損害金額がその価格の2分の1以上であり、かつ生計の維持に	500万円以下	条例第5条に規定する現行区分	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の100	損害金額がその価格の2分の1以上であり、かつ生計の維持に	500万円以下	条例第5条に規定する現行区分	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の100
			第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号	100分の95				第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号・ <u>第13号・第14号</u>	100分の95
		第2号被保険者	当該年度住民税非課税	100分の100			第2号被保険者	当該年度住民税非課税	100分の100
			当該年度住民税課税	100分の95				当該年度住民税課税	100分の95

著しい影響を及ぼすものであるとき。	500万円を超え1,000万円以下	条例第5条に規定する現行区分	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の95
			第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号	100分の93
		第2号被保険者	当該年度住民税非課税	100分の95
			当該年度住民税課税	100分の93

2 (略)

別表3(第46条第1項関係)
災害等による保険料の減免

損害の程度	生計維持者の前年中の合計所得金額	条例第5条に規定する現行区分	減免率
損害金額がその価格の2分の1以上であり、かつ生計の維持に著しい影響を及ぼすものであるとき。	500万円以下	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の100
		第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号	100分の50
	500万円を超え1,000万円以下	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の50
		第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号	100分の25

著しい影響を及ぼすものであるとき。	500万円を超え1,000万円以下	条例第5条に規定する現行区分	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の95
			第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号・第13号・第14号	100分の93
		第2号被保険者	当該年度住民税非課税	100分の95
			当該年度住民税課税	100分の93

2 (略)

別表3(第46条第1項関係)
災害等による保険料の減免

損害の程度	生計維持者の前年中の合計所得金額	条例第5条に規定する現行区分	減免率
損害金額がその価格の2分の1以上であり、かつ生計の維持に著しい影響を及ぼすものであるとき。	500万円以下	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の100
		第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号・第13号・第14号	100分の50
	500万円を超え1,000万円以下	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の50
		第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号・第13号・第14号	100分の25

別表4(第46条第3項関係)

収入の著しい減少による保険料の減免

減少の程度	生計維持者の前年中の合計所得金額	条例第5条に規定する現行区分	減免率
当該年中の合計所得金額の見込額が、前年中の合計所得金額の2分の1以下に減少したとき。	300万円以下	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の50
		第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号	100分の25

別表4(第46条第3項関係)

収入の著しい減少による保険料の減免

減少の程度	生計維持者の前年中の合計所得金額	条例第5条に規定する現行区分	減免率
当該年中の合計所得金額の見込額が、前年中の合計所得金額の2分の1以下に減少したとき。	300万円以下	第1号・第2号・第3号・第4号・第5号	100分の50
		第6号・第7号・第8号・第9号・第10号・第11号・第12号・ <u>第13号・第14号</u>	100分の25

様式第5号(第15条関係)

(表)
介護保険資格者証(介護保険暫定被保険者証)

有効期限	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
交付年月日	年 月 日		
要介護状態区分等			
認定年月日	年 月 日		
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
居宅サービス等	区分支給限度基準額 年 月 日 ~ 年 月 日(1月当たり)		
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額	
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			
給付制限	内容	期間	
		開始年月日	年 月 日
	終了年月日	年 月 日	
	開始年月日	年 月 日	
終了年月日	年 月 日		
居宅介護支援事業者又は介護予防新事業者及びその事業所の名称	届出年月日	年 月 日	
	届出年月日	年 月 日	
介護保険施設等	種類	入所等年月日	年 月 日
		入所等年月日	年 月 日
	名称	入所等年月日	年 月 日
		入所等年月日	年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	273664 大阪府泉南郡岬町		

様式第5号(第15条関係)

介護保険資格者証 年 月 日

被保険者	有効期限 番号	年 月 日	
	住所		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	性別
交付年月日	年 月 日		
要介護状態区分等			
認定年月日(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	年 月 日		
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
居宅サービス等 (うち種類支給限度基準額)	区分支給限度基準額 年 月 日 ~ 年 月 日(1月当たり)		
	サービスの種類	種類支給限度基準額	
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			
給付制限	内容	期間	
		開始年月日	年 月 日
	終了年月日	年 月 日	
	開始年月日	年 月 日	
終了年月日	年 月 日		
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日	年 月 日	
	届出年月日	年 月 日	
介護保険施設等	種類	入所等年月日	年 月 日
		入所等年月日	年 月 日
	名称	入所等年月日	年 月 日
		入所等年月日	年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	273664 大阪府泉南郡岬町		

(裏)

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 2 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 3 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 4 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者へ提出してください。
- 5 認定の有効期限を超過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を超過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。
- 6 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 7 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 8 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）。
- 9 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。
- 10 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 11 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 12 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、市町村にその旨を届け出てください。
- 13 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

(削る)

(3) 身体状況
 身長: 右 左: 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
 四肢欠損 (部位: _____)
 麻痺 右上肢 (痺度: 軽 中 重) 左上肢 (痺度: 軽 中 重)
 右下肢 (痺度: 軽 中 重) 左下肢 (痺度: 軽 中 重)
 その他 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 筋力の低下 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 失調・不随意運動 (上肢: 右 左 下肢: 右 左 痺度: 軽 中 重)
 頭痛 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 その他の身体疾患 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)

3. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 買い物行動 自立 介助がなければいけない していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・杖の使用 (補助具あり) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 食事・食生活
 食事行為 自立なし何とかが介助で食べられる 介助あり
 現在の栄養状態 良好 不良

— 栄養・食生活上の留意点 —
 (3) 現在あるおまたは今後発生が可能な身体疾患・状態とその対応方針
 肩関節 肘関節 腕関節 手関節 指関節 心臓血管系の低下 閉じこもり 認知症 精神
 低体温 肺炎・嚥下障害 脱水 基礎疾患 がん等による疼痛 その他 ()

— 対応方針 —
 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 期待できる 期待できない 不明

(5) 医療的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤師診療
 訪問リハビリテーション 訪問入浴サービス 訪問介護サービス 訪問栄養士サービス
 訪問理学療法 介護保険施設 その他の医療サービス
 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医師の関与の程度
 高 標準 低
 無関与 必要 不必要 その他

(7) 医師の関与 (有の場合は具体的に記入して下さい。)
 無 有 不明

5. 特記すべき事項

個別課題を介して介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(特記事項や今後発生が可能な身体疾患の薬名を添えて頂く事も可能です。)

(3) 身体状況
 身長: 右 左: 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
 四肢欠損 (部位: _____)
 麻痺 右上肢 (痺度: 軽 中 重) 左上肢 (痺度: 軽 中 重)
 右下肢 (痺度: 軽 中 重) 左下肢 (痺度: 軽 中 重)
 その他 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 筋力の低下 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 失調・不随意運動 (上肢: 右 左 下肢: 右 左 痺度: 軽 中 重)
 頭痛 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)
 その他の身体疾患 (部位: _____ 痺度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 買い物行動 自立 介助がなければいけない していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・杖の使用 (補助具あり) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 食事・食生活
 食事行為 自立なし何とかが介助で食べられる 介助あり
 現在の栄養状態 良好 不良

— 栄養・食生活上の留意点 —
 (3) 現在あるおまたは今後発生が可能な身体疾患・状態とその対応方針
 肩関節 肘関節 腕関節 手関節 指関節 心臓血管系の低下 閉じこもり 認知症 精神
 低体温 肺炎・嚥下障害 脱水 基礎疾患 がん等による疼痛 その他 ()

— 対応方針 —
 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 期待できる 期待できない 不明

(5) 医療的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤師診療
 訪問リハビリテーション 訪問入浴サービス 訪問介護サービス 訪問栄養士サービス
 訪問理学療法 介護保険施設 介護保険施設 その他の医療サービス
 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医師の関与の程度
 高 標準 低
 無関与 必要 不必要 その他

(7) 医師の関与 (有の場合は具体的に記入して下さい。)
 無 有 不明

5. 特記すべき事項

個別課題を介して介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(特記事項や今後発生が可能な身体疾患の薬名を添えて頂く事も可能です。)

様式第 35 号(第 44 条関係)

納入通知書(介護保険料額変更通知書) 特別徴収額(徴収額)変更通知書
特別徴収中止通知書

※ 4 0

大阪府社会保険庁

※ 貴方の介護保険料(徴収額)額が次のとおり変更になりましたのでお知らせします。
※ 貴方の介護保険料の特別徴収が中止し、次のとおり普通徴収することになりましたのでお知らせします。

介護保険者氏名	介護保険者番号																																																																								
生年月日	年 月 日																																																																								
住所																																																																									
変更理由																																																																									
変更保険料額																																																																									
変更後の納付する保険料額																																																																									
<table border="1"> <tr> <th>月</th> <th>介護者の保険料額</th> <th>介護者の保険料額</th> <th>納入期</th> </tr> <tr> <td>(標準額)</td> <td>普通徴収</td> <td>特別徴収</td> <td>普通徴収</td> </tr> <tr> <td>4月(1)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5月(2)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6月(3)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7月(4)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8月(5)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9月(6)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10月(7)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11月(8)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12月(9)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1月(10)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2月(11)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3月(12)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計額</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別徴収額</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>普通徴収額</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	月	介護者の保険料額	介護者の保険料額	納入期	(標準額)	普通徴収	特別徴収	普通徴収	4月(1)				5月(2)				6月(3)				7月(4)				8月(5)				9月(6)				10月(7)				11月(8)				12月(9)				1月(10)				2月(11)				3月(12)				計				合計額				特別徴収額				普通徴収額				
月	介護者の保険料額	介護者の保険料額	納入期																																																																						
(標準額)	普通徴収	特別徴収	普通徴収																																																																						
4月(1)																																																																									
5月(2)																																																																									
6月(3)																																																																									
7月(4)																																																																									
8月(5)																																																																									
9月(6)																																																																									
10月(7)																																																																									
11月(8)																																																																									
12月(9)																																																																									
1月(10)																																																																									
2月(11)																																																																									
3月(12)																																																																									
計																																																																									
合計額																																																																									
特別徴収額																																																																									
普通徴収額																																																																									

期間	人数	特別徴収区分	保険料率	保険料額(円)	保険料額
年 月 - 年 月					

普通徴収の各月の納付額		普通徴収の各月の標準月額	
納期	納付額	納期	納付額
標準 1 期		標準 6 期	
標準 2 期		標準 7 期	
標準 3 期		標準 10 期	
標準 4 期		標準 11 期	
標準 5 期		標準 12 期	
標準 6 期			
標準 7 期			

問い合わせ先 課長
〒 596-0262 大阪府社会保険庁〒5900番地の1
TEL
〒596-0262 大阪府社会保険庁〒5900番地の1
TEL

様式第 35 号(第 44 条関係)

年 月 日

大阪府社会保険庁長

年度 介護保険料額変更通知書

年度() 年度() の介護保険料額が次のとおり変更になりましたのでお知らせします。

被保険者番号	被保険者氏名																																																																											
生年月日	年 月 日 性 別																																																																											
住所																																																																												
変更年月日	年 月 日																																																																											
変更理由																																																																												
年度() 年度() の介護保険料額	年度() 年度() の介護保険料額																																																																											
<table border="1"> <tr> <th>月</th> <th>額</th> <th>介護者の保険料額</th> <th>介護者の保険料額</th> <th>特別徴収の場合の納付額</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>普通徴収</td> <td>特別徴収</td> <td>普通徴収</td> </tr> <tr> <td>4月(1)</td> <td>標準 1 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5月(2)</td> <td>標準 2 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6月(3)</td> <td>標準 3 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7月(4)</td> <td>標準 4 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8月(5)</td> <td>標準 5 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9月(6)</td> <td>標準 6 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10月(7)</td> <td>標準 7 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11月(8)</td> <td>標準 8 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12月(9)</td> <td>標準 9 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1月(10)</td> <td>標準 10 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2月(11)</td> <td>標準 11 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3月(12)</td> <td>標準 12 期</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	月	額	介護者の保険料額	介護者の保険料額	特別徴収の場合の納付額			普通徴収	特別徴収	普通徴収	4月(1)	標準 1 期				5月(2)	標準 2 期				6月(3)	標準 3 期				7月(4)	標準 4 期				8月(5)	標準 5 期				9月(6)	標準 6 期				10月(7)	標準 7 期				11月(8)	標準 8 期				12月(9)	標準 9 期				1月(10)	標準 10 期				2月(11)	標準 11 期				3月(12)	標準 12 期				計					
月	額	介護者の保険料額	介護者の保険料額	特別徴収の場合の納付額																																																																								
		普通徴収	特別徴収	普通徴収																																																																								
4月(1)	標準 1 期																																																																											
5月(2)	標準 2 期																																																																											
6月(3)	標準 3 期																																																																											
7月(4)	標準 4 期																																																																											
8月(5)	標準 5 期																																																																											
9月(6)	標準 6 期																																																																											
10月(7)	標準 7 期																																																																											
11月(8)	標準 8 期																																																																											
12月(9)	標準 9 期																																																																											
1月(10)	標準 10 期																																																																											
2月(11)	標準 11 期																																																																											
3月(12)	標準 12 期																																																																											
計																																																																												

特別徴収の額に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。なお、2月の特別徴収の額に金額の記載がある場合は、標準年度・6・8月と同年の保険料を年金から特別徴収します。

標準	月割	特別徴収額	普通徴収額	特別徴収額(円)	普通徴収額(円)
(標準)	年 月 - 年 月			123	456
(標準)	年 月 - 年 月			123	456

介護保険料の支払方法
本人が納付する
家族が納付する
年金から納付する
年金から納付する
年金から納付する

変更理由(任意) 任意の理由()
任意の理由()
任意の理由()

問い合わせ先 課長
〒 596-0262 大阪府社会保険庁〒5900番地の1
TEL

附 則

(施行期日等)

1 この規則は、公布の日から施行し、令和8年6月1日から適用する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の岬町介護保険施行規則の様式により作成され、使用されている申請書等については、改正後の岬町介護保険条例施行規則の様式により作成され、使用されている申請書等とみなす。