

男鹿市規則第 2 6 号

男鹿市介護保険法施行細則の一部を改正する規則

男鹿市介護保険法施行細則（令和 5 年男鹿市規則第 1 5 号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>（居宅介護サービス費等の額の特例）</p> <p>第 2 条 （略）</p> <p>2 前項の申請をする者は、介護保険利用者負担額減額・免除<u>認定</u>申請書（様式第 1 号。以下「申請書」という。）に省令第 83 条第 1 項各号に規定する災害その他の特別の事情があることにより、居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型サービス（これに相当するサービスを含む。）若しくは施設サービス又は住宅改修に必要な費用（以下「介護サービス利用者負担額」という。）を負担することが困難であることを証明すべき書類を添付して、市長に提出しなければならない。</p> <p>3～6 （略）</p> <p>7 市長は、第 4 項の規定により減免の承認又は不承認の決定をしたときは、介護保険利用者負担額減額・免除<u>認定</u>決定通知書（様式第 2 号）により、申請者に通知するとともに介護保険利用者負担額減額・免除認定証（様式</p>	<p>（居宅介護サービス費等の額の特例）</p> <p>第 2 条 （略）</p> <p>2 前項の申請をする者は、介護保険利用者負担額減額・免除申請書（様式第 1 号。以下「申請書」という。）に省令第 83 条第 1 項各号に規定する災害その他の特別の事情があることにより、居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型サービス（これに相当するサービスを含む。）若しくは施設サービス又は住宅改修に必要な費用（以下「介護サービス利用者負担額」という。）を負担することが困難であることを証明すべき書類を添付して、市長に提出しなければならない。</p> <p>3～6 （略）</p> <p>7 市長は、第 4 項の規定により減免の承認又は不承認の決定をしたときは、介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書（様式第 2 号）により、申請者に通知するとともに介護保険利用者負担額減額・免除認定証（様式第 3</p>

改正後	改正前
<p>第3号)を交付しなければならない。</p> <p>8及び9 (略)</p> <p>10 市長は、前項の規定により減免を取り消すときは、介護保険利用者負担額減額・免除<u>認定</u>取消通知書(様式第4号)により、速やかに当該減免を受けた者に通知しなければならない。</p>	<p>号)を交付しなければならない。</p> <p>8及び9 (略)</p> <p>10 市長は、前項の規定により減免を取り消すときは、介護保険利用者負担額減額・免除取消通知書(様式第4号)により、速やかに当該減免を受けた者に通知しなければならない。</p>

改正後

様式第 1 号（第 2 条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書			
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生 年 月 日	年 月 日		
住 所	電話番号		
世帯の生計を主として維持する者の氏名		本人との関係	
住 所	電話番号		
*世帯の生計を主として維持する者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要			
利用 者 負 担 額 減 免 申 請 理 由			
男鹿市長 様			
上記のとおり、関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。			
年 月 日			
住 所			
申請者 氏 名			
電話番号			

改正前

様式第 1 号（第 2 条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書			
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生 年 月 日	年 月 日		
住 所	電話番号		
世帯の生計を主として維持する者の氏名		本人との関係	
住 所	電話番号		
*世帯の生計を主として維持する者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要			
利用 者 負 担 額 減 免 申 請 理 由			
男鹿市長 様			
上記のとおり、関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。			
年 月 日			
住 所			
申請者 氏 名			
電話番号			

改正後

様式第2号（第2条関係）

		文 書 番 号	
		年 月 日	
様		男鹿市長 印	
介護保険 利用者負担額減額・免除認定決定通知書			
<p>さきに申請のありました利用者負担額減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。</p>			
被保険者氏名		被保険者番号	
決定年月日		年 月 日	
決 定 事 項			
<input type="checkbox"/> 承認する	適用年月日	年 月 日	(承認内容)
	有効期限	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 承認しない	理 由		
<p>問い合わせ先 〒010-0595 男鹿市船川港船川字泉台66-1 男鹿市市民福祉部介護サービス課 電話 0185-24-9119</p>			
○ 審査請求			
<p>1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、秋田県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。</p>			
<p>2 この処分については、上記1の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、男鹿市長を被告として（男鹿市長が被告の代表者となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。</p>			
<p>3 処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する裁決を経ないで、処分の取消しの訴えを提起することができます。</p>			
①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。			
②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。			
③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。			
問い合わせ先 〒010-8570 秋田市山王四丁目1-1 秋田県介護保険審査会 電話 018-860-1363			

改正前

様式第2号（第2条関係）

		文 書 番 号	
		年 月 日	
様		男鹿市長 印	
介護保険 利用者負担額減額・免除決定通知書			
<p>さきに申請のありました利用者負担額減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。</p>			
被保険者氏名		被保険者番号	
決定年月日		年 月 日	
決 定 事 項			
<input type="checkbox"/> 承認する	適用年月日	年 月 日	(承認内容)
	有効期限	年 月 日	給付率 /100
<input type="checkbox"/> 承認しない	理 由		
<p>問い合わせ先 〒010-0595 男鹿市船川港船川字泉台66-1 男鹿市市民福祉部介護サービス課 電話 0185-24-9119</p>			
○ 審査請求			
<p>1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、秋田県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。</p>			
<p>2 この処分については、上記1の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、男鹿市長を被告として（男鹿市長が被告の代表者となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。</p>			
<p>3 処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する裁決を経ないで、処分の取消しの訴えを提起することができます。</p>			
①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。			
②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。			
③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。			
問い合わせ先 〒010-8570 秋田市山王四丁目1-1 秋田県介護保険審査会 電話 018-860-1363			

改正後

様式第 3 号（第 2 条関係）

(表面)

介護保険利用者負担額減額・免除認定証		
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
	適用年月日	年 月 日から
有効期限	年 月 日まで	
減 額 ・ 免 除 項	給付率 100	
保険者番号並びに 保険者名称及び印		
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">男鹿市</div>		

(裏面)

注意事項

一 居宅介護（介護予防サービス等）を受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

二 居宅介護（介護予防サービス）を受けるときに支払う金額は、居宅介護（介護予防）費用から居宅介護（介護予防）費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、介護保険負担限度額認定証によつ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等を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、当該介護保険負担限度額認定証に記載する負担額が支払の上限となります。

三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定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懲役の処分を受けます。

改正前

様式第 3 号（第 2 条関係）

(表面)

介護保険利用者負担額減額・免除認定証		
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
	適用年月日	年 月 日から
有効期限	年 月 日まで	
減 額 ・ 免 除 項	給付率 100	
保険者番号並びに 保険者名称及び印		
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">男鹿市</div>		

(裏面)

注意事項

一 居宅介護（介護予防サービス等）を受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

二 居宅介護（介護予防サービス）を受けるときに支払う金額は、居宅介護（介護予防）費用から居宅介護（介護予防）費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、介護保険負担限度額認定証によつ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等を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、当該介護保険負担限度額認定証に記載する負担額が支払の上限となります。

三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定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懲役の処分を受けます。

改正後

様式第4号（第2条関係）

		文 書 番 号	
		年 月 日	
様		男鹿市長 印	
介護保険 利用者負担額減額・免除認定取消通知書			
<p>年 月 日 文書番号で承認しました利用者負担額減額・免除については、下記のとおり取り消しましたので通知します。</p>			
被保険者氏名			
被保険者番号			
取消年月日	年 月 日		
決 定 事 項			
<input type="checkbox"/> 承認する	取消適用年月日	年 月 日	(取消内容)
	取消有効期限	年 月 日	取消給付率 /100
<input type="checkbox"/> 承認しない	取消理由		
<p>問い合わせ先 〒010-0595 男鹿市船川港船川字泉台66-1 男鹿市市民福祉部介護サービス課 電話 0185-24-9119</p>			
○ 審査請求			
<p>1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、秋田県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。</p> <p>2 この処分については、上記1の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、男鹿市を被告として（男鹿市長が被告の代表者となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。</p> <p>3 処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する裁決を経ないで、処分の取消しの訴えを提起することができます。</p> <p>①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。</p> <p>②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。</p> <p>③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。</p> <p>問い合わせ先 〒010-8570 秋田市山王四丁目1-1 秋田県介護保険審査会 電話 018-960-1263</p>			

改正前

様式第4号（第2条関係）

		文 書 番 号	
		年 月 日	
様		男鹿市長 印	
介護保険 利用者負担額減額・免除取消通知書			
<p>年 月 日 文書番号で承認しました利用者負担額減額・免除については、下記のとおり取り消しましたので通知します。</p>			
被保険者氏名			
被保険者番号			
取消年月日	年 月 日		
決 定 事 項			
<input type="checkbox"/> 承認する	取消適用年月日	年 月 日	(取消内容)
	取消有効期限	年 月 日	取消給付率 /100
<input type="checkbox"/> 承認しない	取消理由		
<p>問い合わせ先 〒010-0595 男鹿市船川港船川字泉台66-1 男鹿市市民福祉部介護サービス課 電話 0185-24-9119</p>			
○ 審査請求			
<p>1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、秋田県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。</p> <p>2 この処分については、上記1の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、男鹿市を被告として（男鹿市長が被告の代表者となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。</p> <p>3 処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する裁決を経ないで、処分の取消しの訴えを提起することができます。</p> <p>①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。</p> <p>②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。</p> <p>③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。</p> <p>問い合わせ先 〒010-8570 秋田市山王四丁目1-1 秋田県介護保険審査会 電話 018-960-1263</p>			

改正後	改正前
備考 改正箇所は、太枠で示した部分である。	

附 則

この告示は、令和 7 年 1 2 月 1 日から施行する。