

西予市規則第40号

西予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6月24日

西予市長 管 家 一 夫

西予市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

西予市介護保険条例施行規則(平成24年西予市規則第4号)の一部を次のように改正する。

様式第6号中

「

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)	
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____	

」

を

「

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・介護医療院)	
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____	

」

に、

「

同 意 欄	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、及び主治医意見書を西予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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。	
	(本人氏名) _____ (代筆者氏名) _____ (続柄) _____	

」

を

同意欄	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、西予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、西予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） _____ （代筆者氏名） _____（続柄） _____		に

改める。

様式第12号中

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）		を
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____		

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・介護医療院）		に、
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____		

同意欄	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・意見及び主治医意見書を西予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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 （本人氏名） _____ （代筆者氏名） _____（続柄） _____		を

同意欄	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、西予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、西予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） _____ （代筆者氏名） _____（続柄） _____		に

様式第26号及び様式第27号を次のように改める。

＜8月～翌年度7月＞

(交付年月日)	年	月	日	(備考)	課税・非課税	合計所得金額	円
(適用年月日)	年	月	日		課税年金	円/非課税年金	円
(有効期限)	年	月	日		利用者負担段階	第 段階	

同 意 書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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、西予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

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

年 月 日

西予市長



介護保険負担限度額、利用者負担額減額・免除認定決定通知書

先に申請のありました、食費・居住費に係る負担限度額、利用者負担額減額・免除認定については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

決定年月日	年 月 日
-------	-------

決定事項

1	適用年月日	年 月 日(承認内容)	
	有効期限	年 月 日	
承認する	食費	短期入所生活(療養)介護	〇〇〇円/日
		その他のサービス	〇〇〇円/日
		居住費	
		ユニット型個室	〇〇〇円/日
		ユニット型個室的多床室	〇〇〇円/日
		従来型個室(特養等)	〇〇〇円/日
		従来型個室(老健・医療院等)	〇〇〇円/日
		多床室Ⅰ(特養等)	〇〇〇円/日
2	理由	多床室Ⅱ(老健・医療院)	〇〇〇円/日
		多床室Ⅲ(老健・医療院等)	〇〇〇円/日
承認しない			

問い合わせ先

西予市福祉事務所 長寿介護課 介護保険係
住所 〒797-8501 愛媛県西予市宇和町卯之町三丁目43番地1
電話 0894-62-6406

不服の申立

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に愛媛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。

〒790-8570 愛媛県松山市一番町4丁目4-2 電話089-941-2111

なお、処分の取消しの訴え(取消訴訟)は、処分についての審査請求に対する裁決後(裁決の通知を受け取った翌日から起算して)6か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)提起することができますが、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、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できます。

- (1) 審査請求があった日から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いて正当な理由があるとき。

様式第28号中

「

食費の負担限度額	円
居住費又は滞在費 の負担限度額	ユニット型個室 円 ユニット型準個室 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 円

を

」

「

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(特養等) 円 多床室Ⅱ(老健・医療院) 円 多床室Ⅲ(老健・医療院等) 円

に改める。

」

様式第29号中

「

入所する 居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型準個室	3 従来型個室 4 多床室
入所年月日	年 月 日	
特定負担限度 申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入の合計額が年額80万9千円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他()	

を

」

「

入所する 居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室多床室	3 従来型個室 4 多床室
入所年月日	年 月 日	
特定負担限度 申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入の合計額が年額82万6,500円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他()	

に

」

改める。

様式第30号中

「

食費の負担限度額		円
居住費又は滞在費 の負担限度額	ユニット型個室	円
	ユニット型準個室	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	円

を

」

「

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(特養等)	円
	多床室Ⅱ(老健・医療院)	円
	多床室Ⅲ(老健・医療院等)	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、様式第26号から様式第30号までの改正規定は、令和8年8月1日から施行する。