

押印を求める手続の見直し等のための関係告示の整備に関する告示
をここに公布する。

令和 8 年 7 月 1 日

諏訪広域連合長 金 子 ゆ か り

諏訪広域連合告示第27号

押印を求める手続の見直し等のための関係告示の整備に関する告示

（諏訪広域連合介護保険訪問介護等利用者負担額軽減事業実施要綱の一部改正）

第1条 諏訪広域連合介護保険訪問介護等利用者負担額軽減事業実施要綱（平成15年諏訪広域連合告示第2号）の一部を次のように改正する。

第3条中「諏訪広域連合」を削る。

様式第1号を次のように改める。

介護保険訪問介護等利用者負担額減額申請書

フリガナ				保険者番号	
氏 名					
生年月日		年 月 日		被保険者番号	
住 所		〒 電話番号			
申請理由		○障害者支援			
		●身体障害者手帳（ 有 ・ 無 ） （身体障害者手帳のある方のみ記入してください。） ・ 種 級（手帳のNo. ） ・ 取得時期 年 月 日（取得時の年齢 歳）			
		フリガナ 氏 名	生年月日		生計中心者に○を付けてください
世帯構成	世帯主		年 月 日		
	世帯員		年 月 日		
	世帯員		年 月 日		
	世帯員		年 月 日		
諏訪広域連合 広域連合長 様 上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る減額を申請します。 市町村長 様 費用負担額の決定のため、私及び私の配偶者若しくは私の属する世帯の課税資料等について閲覧することに同意いたします。 年 月 日 住所 ー 申請者 氏名 署名または記名押印 電話番号					

諏訪広域連合（市町村）記入欄

保険者等処理欄

様式第 3 号表面中

「

生年月日		男・女
------	--	-----

」を

「

生年月日	
------	--

」に改め、同様式裏面中「(

訪問介護のサービスの利用者負担額は %です。)」を削り、「懲役」を「拘禁刑」に改める。

(諏訪広域連合社会福祉法人等による介護保険利用者負担額減免に対する助成事業実施要綱の一部改正)

第 2 条 諏訪広域連合社会福祉法人等による介護保険利用者負担額減免に対する助成事業実施要綱（平成15年諏訪広域連合告示第 3 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号を次のように改める。

社会福祉法人等利用者負担額減免対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号	
生年月日		年 月 日		被保険者番号	
住 所		〒 電話番号			
利用者負担額 減免申請理由					
世帯 構 成		氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけてください	
	世帯主				
	世帯員				

諏訪広域連合
広域連合長 様
上記のとおり利用者負担額の減免の申請をします。
また、助成の確認のため、私及び私の属する世帯員の収入状況、預貯金等の状況、課税資料及び
その他必要事項について閲覧することに同意いたします。

市町村長 様
減免の確認のため、私及び私の属する世帯員の収入状況、預貯金等の状況、課税資料及びその他
必要事項について閲覧することに同意いたします。

年 月 日

住所

申請者 (利用者本人) 氏名 電話番号 署名または記名押印

世帯員 氏名
氏名
(申請者が世帯主でない場合は世帯主も含む) 氏名

※世帯員が複数いる場合には上記事項に同意の上、署名または記名押印をお願いします。

保険者記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)		
適用年月日	① 老齢福祉年金受給者かつ住民税世帯非課税		
年 月 日	② 要保護者		
から	③ 生計困難者		
有効期限	居宅サービス：全額減免（無料）	施設サービス：1／2 減免	(①・②)
年 月 日	居宅サービス：1／2 減免	施設サービス：1／4 減免	(③)
まで			

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること

様式第 1 号その 2 中「印」を「署名または記名押印」に改める。

様式第 2 号中「印」を削る。

様式第 3 号及び様式第 4 号を次のように改める。

様式第 3 号（第 7 条関係） ※表面

社会福祉法人等利用者負担額減免確認証		
交付年月日 年 月 日		
確 認 番 号		
受給者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
介護保険被保険者番号		
適 用 年 月 日		年 月 日から
有 効 期 間		年 月 日まで
減免内容 (減免率)		居宅サービス 地域密着型サービス (特養を除く) 1 / 2 介護老人福祉施設 地域密着型特養 1 / 4
発行機関名 及び印		諏訪広域連合

様式第 3 号（第 7 条関係） ※裏面

注意事項 一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。 二 対象となる介護サービスは、介護福祉施設サービス、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限り）です。 三 この確認証は、長野県に申し出のあった事業所のみ有効です。 四 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、前面に記載されているそれぞれの減額割合により減額されます。 五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったときは又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅延なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届けをする際には、この証添えてください。 六 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てください。 七 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

様式第4号（第7条関係） ※表面

生活保護受給者・支援給付受給者用	
社会福祉法人等利用者負担額減免確認証	
交付年月日 年 月 日	
確 認 番 号	
受給者	住 所
	〒
	氏 名
	生年月日
介護保険被保険者番号	
適 用 年 月 日 年 月 日から	
有 効 期 間 年 月 日まで	
減免内容 (減免率)	個室の居住費・滞在費のみ免除
発行機関名 及び印	諏訪広域連合

様式第4号（第7条関係） ※裏面

注意事項
一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この確認証を事業者に提出してください。
二 対象となる介護サービスは、介護福祉施設サービス、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護並びに地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）です。
三 この確認証は、長野県に申し出のあった事業所のみ有効です。
四 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、前面に記載されているそれぞれの減額割合により減額されます。
五 介護保険の被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったときは又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅延なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届けをする際には、この証添えてください。
六 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てください。
七 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。

様式第 5 号中

生年月日	明・大・昭	年	月	日生
------	-------	---	---	----

」を

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

」に、

被保険者番号	
性 別	男 ・ 女

」を

被保険者番号	
--------	--

」に、

住所

申請者

氏名

」

住所

申請者

氏名

署名または記名押印

」

改める。

様式第 6 号中「印」を「署名または記名押印」に改め、「〒」を削る。

(諏訪広域連合介護保険利用者負担額助成事業実施要綱の一部改正)

第 3 条 諏訪広域連合介護保険利用者負担額助成事業実施要綱（平成15年諏訪広域連合告示第 4 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号を次のように改める。

介護保険利用者負担額助成対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
生年月日	年 月 日	被保険者番号	
住 所	〒 電話番号		
利用者負担額 助成申請理由			
世帯 構 成		氏 名	生 年 月 日
	世帯主		生計中心者に○をつけてください
	世帯員		

諏訪広域連合
広域連合長 様
上記のとおり利用者負担額の助成の申請をします。

市町村長 様
助成の確認のため、私及び私の属する世帯の課税資料について閲覧することに同意いたします。

年 月 日
住所
申請者 氏名 電話番号
署名または記名押印

保険者記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること

様式第 1 号その 2 中「印」を「署名または記名押印」に改める。

様式第 2 号中「印」を削る。

様式第 3 号及び様式第 4 号を次のように改める。

様式第 3 号（第 6 条関係） ※表面

介護保険利用者負担額助成確認証		
交付年月日 年 月 日		
確 認 番 号		
受給者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
介護保険被保険者番号		
適 用 年 月 日		年 月 日から
有 効 期 間		年 月 日まで
助成内容 (助成率)		居宅サービス 地域密着型サービス (特養を除く) 1 / 2
		介護老人福祉施設 地域密着型特養 1 / 2 1 / 4
発行機関名 及び印		諏訪広域連合

様式第 3 号（第 6 条関係） ※裏面

七 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。 六 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てください。 五 被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったとき又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なくこの証を市町村に返してください。また、転出の届けをする際には、この証を添えてください。 四 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、前面に記載されているそれぞれの減額割合により減額されます。 三 この確認証は、岡谷市・諏訪市・茅野市・下諏訪町・富士見町・原村に所在する事業所の介護サービスを受ける場合のみ有効です。 二 対象となる介護サービスは、訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護、介護予防訪問入浴、訪問看護、介護予防訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防リハビリテーション、介護予防入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護、複合型サービス、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、小規模多機能居宅介護、介護予防小規模多機能居宅介護（介護予防・日常生活支援総合事業）の第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業、第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）の各サービスです。 一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前にこの確認証を事業者に提出してください。	注意事項
--	------

様式第4号（第6条関係） ※表面

生活保護受給者・支援給付受給者用		
介護保険利用者負担額助成確認証		
交付年月日 年 月 日		
確 認 番 号		
受給者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
介護保険被保険者番号		
適 用 年 月 日		年 月 日から
有 効 期 間		年 月 日まで
助成内容		個室の居住費・滞在費のみ助成
発行機関名 及び印		諏訪広域連合

様式第4号（第6条関係） ※裏面

七 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。 六 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てください。 五 被保険者の資格がなくなったとき、減額措置の要件に該当しなくなったとき又は減額確認証の有効期限に至ったときは、遅滞なくこの証を市町村に返してください。また、転出の届けをする際には、この証を添えてください。 四 前記のサービスの利用者負担額並びにこれらのサービスを利用した場合の食費、居住費（滞在費）及び宿泊費が、前面に記載されているそれぞれの減額割合により減額されます。 三 この確認証は、岡谷市・諏訪市・茅野市・下諏訪町・富士見町・原村に所在する事業所の介護サービスを受ける場合のみ有効です。 二 対象となる介護サービスは、訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護、介護予防訪問入浴、訪問看護、介護予防訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型通所介護、複合型サービス、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護（介護予防・日常生活支援総合事業）の第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業、第2号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）の各サービスです。 一 次の介護サービスを受けるときは、必ず事前にこの確認証を事業者提出してください。	注意事項
--	------

様式第 5 号中

「

生年月日	明・大・昭	年	月	日生
------	-------	---	---	----

」を

「

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

」に、

「

被保険者番号	
性 別	男 ・ 女

」を

「

被保険者番号	
--------	--

」に、

「
住所
申請者
氏名
住所
申請者
氏名
署名または記名押印」を

改める。

様式第 6 号中「印」を「署名または記名押印」に改め、「〒」を削る。
様式第 7 号中

「

被保険者番号									
性別	男 ・ 女								

」を

「

被保険者番号									

」に、「年 月 日生」

を「年 月 日」に、「氏 名
印」を「氏 名
署名または記名押印」に、
「代表者氏名
表者氏名
険者氏名
署名または記名押印」に改める。

（諏訪広域連合介護保険高額介護サービス費等受領委任払実施要綱の一部改正）

第 4 条 諏訪広域連合介護保険高額介護サービス費等受領委任払実施要綱
（平成15年諏訪広域連合告示第 6 号）の一部を次のように改正する。

様式第1号中「年 月 日生」を「年 月 日」に、「印」を「署名または記名押印」に改める。

様式第2号中「印」を「署名または記名押印」に改める。

様式第4号中「平成」を削り、「印」を「署名または記名押印」に改める。
(諏訪広域連合介護保険基準該当居宅サービス事業者等の登録等に関する要綱の一部改正)

第5条 諏訪広域連合介護保険基準該当居宅サービス事業者等の登録等に関する要綱（平成15年諏訪広域連合告示第7号）の一部を次のように改正する。

第3条第1項中「基準該当居宅サービス事業所等登録・更新申請書（様式第1号）等」を「登録申請書」に、「次に掲げる事項を記載し、書類を添付して」を「当該申請に係るサービスの種類に応じた付表その他必要な書類を添付して、」に改め、同項第1号から第17号までを削り、同条第2項中「前項に掲げる事項（同項第3号及び第15号に掲げる事項を除く。）及び次に掲げる事項を記載した申請書又は書類を」を「登録更新申請書に、当該更新申請に係るサービスの種類に応じた付表その他必要な書類を添付して、」に改め、同項ただし書中「同項第4号から第13号までに掲げる事項に変更がないときは」を「書類のうち、内容に変更がないものについては」に、「広域連合長は、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる」を「広域連合長が適当と認める場合に限り、その提出を省略することができる」に改め、同項第1号及び第2号を削る。

第4条中「様式第2号」を「様式第1号」に改める。

第5条を次のように改める。

(変更の届出等)

第5条 基準該当居宅サービス事業者等は、第3条第1項の規定により提出した登録申請書又は同条第2項の規定により提出した登録更新申請書及びこれらの添付書類に記載した事項のうち、広域連合長が別に定める事項に変更があった場合は、10日以内に、変更届出書を広域連合長に提出しなければならない。

2 基準該当居宅サービス事業者等は、当該事業を廃止し、又は休止しようとするときは、当該廃止又は休止の日の1月前までに廃止・休止届出書を広域連合長に提出しなければならない。

3 基準該当居宅サービス事業者等は、休止した当該事業を再開したときは、10日以内に、再開届出書を広域連合長に提出しなければならない。

第5条の次に次の1条を加える。

(申請書及び届出書の様式)

第5条の2 第3条及び第5条に規定する申請書及び届出書の様式は、「介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式について」(令和5年12月19日付け厚生労働省老健局高齢者支援課・認知症施策・地域介護推進課・老人保健課通知)別紙2に掲げる標準様式によるものとする。

第6条中「前条」を「第5条」に改める。

第 8 条第 1 項中「様式第 5 号」を「様式第 2 号」に改める。

様式第 1 号及び様式第 1 号付表を削る。

様式第 2 号中「特例居宅介護サービス費等」の次に「及び特例特定入所者介護サービス費等」を加え、「様式第 5 号」を「様式第 2 号」に改め、同様式を様式第 1 号とする。

様式第 3 号及び様式第 4 号を削る。

様式第 5 号中「特例居宅介護サービス費等」の次に「及び特例特定入所者介護サービス費等」を加え、「印」を削り、同様式を様式第 2 号とする。

（諏訪広域連合介護保険の要介護認定等に係る個人情報提供取扱要綱の一部改正）

第 6 条 諏訪広域連合介護保険の要介護認定等に係る個人情報提供取扱要綱（平成15年諏訪広域連合告示第 8 号）の一部を次のように改正する。

別記様式中「印」を削る。

（諏訪広域連合介護保険介護サービス費等貸付金事務処理要領の一部改正）

第 7 条 諏訪広域連合介護保険介護サービス費等貸付金事務処理要領（平成15年諏訪広域連合告示第18号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号中

「

生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
------	-------------	----	-------

を
」
「

生年月日	年 月 日
------	-------

に
」

改め、「印」を削る。

様式第 2 号中「印」を「署名または記名押印」に改める。

様式第 5 号中

「

生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
------	-------------	----	-------

を
」
「

生年月日	年 月 日
------	-------

に
」

改める。

（諏訪広域連合介護保険料滞納に係る保険給付制限事務取扱要領の一部改正）

第 8 条 諏訪広域連合介護保険料滞納に係る保険給付制限事務取扱要領（平成17年諏訪広域連合告示第 2 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号中「9 割」を「9 割～7 割」に改め、「第 1 期」、「第 2 期」、「第 3 期」、「第 4 期」、「第 5 期」、「第 6 期」、「第 7 期」、「第 8 期」、「第 9 期」、「第10期」、「第11期」及び「第12期」を削る。

様式第 3 号を次のように改める。

（表）

第 年 月 日 号

介護保険給付の支払方法変更(償還払化)通知書

様

諏訪広域連合
広域連合長

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号											
----------------	--	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日付け 第 号で、「介護保険給付の支払方法変更(償還払化) 予告通知書」において既に通知していますが、いまだ下記の介護保険料が滞納となっていますので、介護保険法第66条第1項・第2項の規定に基づき、 年 月 日以降にあなたが利用する介護サービスについて保険給付の支払方法を変更し、保険給付を償還払いとすることに決定しましたので通知します。

なお、支払方法変更の記載を行いますので、次のとおり被保険者証を提出してください。

提 出 先	
提 出 期 限	年 月 日

また、滞納保険料額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情等があると認められる場合(裏面参照)には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、速やかに住所を有する市町村介護保険担当課または諏訪広域連合介護保険課に申し出てください。

【保険料滞納の状況】

基準日： 年 月 日

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
計			計			計		

※ 上記は基準日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

問い合わせ先

(裏)

【不服の申立及び取消訴訟】

※この決定に不服がある場合は、行政不服審査法(平成 26 年法律第 68 号)の規定により、この決定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、長野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、決定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、決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和 37 年法律第 139 号)の規定により、この決定があったことを知った日から 6 か月以内に、諏訪広域連合長を被告として、長野地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から 6 か月以内であっても、決定の日から 1 年を経過した場合に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。)

【滞納についての特別の事情等】

- (1) 保険料を滞納している要介護被保険者等又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。
- (2) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。
- (3) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。
- (4) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。
- (5) 保険料を滞納している要介護被保険者等が生活保護の被保護者であること。(当該者が支払方法変更の記載の原因となるべき滞納に係る保険料の納期限において生活保護法の規定による生活扶助を受けていなかった場合に限る。)
- (6) 保険料を滞納している要介護被保険者等が、介護保険法第66条第1項に規定する原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給又は介護保険施行規則第98条に規定する医療に関する給付(下記参照)を受けることとなったこと。

【介護保険施行規則第98条に規定する医療に関する給付】

- ① 予防接種法第16条第1項第1号又は第2項第1号の医療費の支給
- ② 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
- ③ 独立行政法人医薬品医療機器総合機構法第16条第1項第1号又は第20条第1項第1号の医療費の支給
- ④ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第1項の自立支援医療費、同法第70条第1項の療養介護医療費又は同法第71条第1項の基準該当療養介護医療費の支給
- ⑤ 石綿による健康被害の救済に関する法律第4条第1項の規定による医療費の支給
- ⑤の2 新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済に関する特別措置法第4条第1号の医療費の支給
- ⑤の3 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の特定医療費の支給
- ⑥ 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給
- ⑦ 健康保険法施行令第41条第9項、防衛省の職員の給与等に関する法律施行令第17条の6第5項、船員保険法施行令第8条第9項、国民健康保険法施行令第29条の2第8項、国家公務員共済組合法施行令第11条の3の3第9項(私立学校教職員共済法施行令第6条において準用する場合を含む。)又は地方公務員等共済組合法施行令第23条の3の2第9項の規定による高額療養費の支給
- ⑧ 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第6項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める疾病に係る高齢者の医療確保に関する法律第64条第1項各号に掲げる給付であって、同令第14条第6項の規定に基づき後期高齢者医療広域連合の認定を受けている者に係るもの
- ⑨ 前各号までに掲げる給付に準ずるものとして厚生労働大臣が定める給付

様式第 5 号 中

生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	を
---------	-------	-----	-------	---

生 年 月 日	年 月 日	に
---------	-------	---

改める。

様式第 7 号を次のように改める。

（表）

第 年 月 日 号

介護保険給付の支払一時差止通知書
様
諏訪広域連合
広域連合長

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

年 月 日にあなたは、保険給付の償還払の申請をしましたが、あなたの介護保険料は、下記のとおり滞納となっています。

介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し保険給付の支払の一時差止の措置が定められています。

したがって、次の期日までに保険料が納付されない場合には、介護保険法第 6 7 条第 1 項及び第 2 項の規定に基づき、保険給付の支払の一時差止を行うことに決定いたしましたので通知します。

「保険給付の支払の一時差止」とは、保険給付の償還払の申請があったときは償還払の対象となる金額の全部又は一部について支払の一時差止を行うものです。

今回給付の支払の一時差止の対象となる介護サービス及び金額は、次のとおりです。

滞納介護保険料の納付期限	年 月 日
差止めの対象となる介護サービス	
差止めの対象となる給付額	

なお、この通知により保険給付の支払いの一時差止が行われた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合（裏面参照）には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は速やかに被保険者証を添えて住所を有する市町村介護保険担当課または諏訪広域連合介護保険課に申し出てください。

【保険料滞納の状況】

基準日： 年 月 日

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
計			計			計		

※ 上記は基準日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

問い合わせ先

(裏)

【不服の申立及び取消訴訟】

※この決定に不服がある場合は、行政不服審査法(平成 26 年法律第 68 号)の規定により、この決定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、長野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、決定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、決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和 37 年法律第 139 号)の規定により、この決定があったことを知った日から 6 か月以内に、諏訪広域連合長を被告として、長野地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から 6 か月以内であっても、決定の日から 1 年を経過した場合に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。)

【滞納についての特別の事情等】

- (1) 保険料を滞納している要介護被保険者等又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。
- (2) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。
- (3) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。
- (4) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。
- (5) 保険料を滞納している要介護被保険者等が生活保護の被保護者であること。(当該者が支払方法変更の記載の原因となるべき滞納に係る保険料の納期限において生活保護法の規定による生活扶助を受けていなかった場合に限る。)

様式第 8 号中 「

利用日	サービスの種類	給付額
年 月 日		円

を
」

「

利用日	サービスの種類	給付額

に、
」

「

年度	期別	保険料額	納期限
		円	年 月 日

を
」

「

年度	期別	保険料額	納期限

に改める。
」

様式第10号中「第 1 期」、「第 2 期」、「第 3 期」、「第 4 期」、「第 5 期」、「第 6 期」、「第 7 期」、「第 8 期」、「第 9 期」、「第10期」、「第11期」及び「第12 期」を削り、「 年 月 日現在」を「基準日現在」に改める。
様式第11号及び様式第12号を次のように改める。

（表）

第 年 月 号 日

介護保険給付の一時差止等処分通知書
様

諏訪広域連合
広域連合長

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

年 月 日付け 第 号で、「介護保険給付の支払一時差止等予告通知書」を送付しましたが、いまだ下記の医療保険料等が滞納となっていますので、介護保険法第 6 8 条第 1 項の規定に基づき、年 月 日以降にあなたが利用する介護サービスについて「保険給付の支払方法変更（償還払化）及び保険給付の支払一時差止」の措置をとることに決定しましたので通知します。

なお、保険給付差止の記載を行いますので、次のとおり被保険者証を提出してください。

提出先	
提出期限	年 月 日

また、この通知により保険給付の支払方法変更（償還払化）及び保険給付の支払一時差止の措置が採られた場合でも、災害その他特別な事情等があると認められる場合（裏面参照）には、その措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、速やかに住所を有する市町村介護保険担当課または諏訪広域連合介護保険課に申し出てください。

【医療保険料等の滞納状況】

基準日： 年 月 日

年度(医療保険料等名)			年度(医療保険料等名)			年度(医療保険料等名)		
期 別	医療保険料額	うち滞納額	期 別	医療保険料額	うち滞納額	期 別	医療保険料額	うち滞納額
計			計			計		

※ 上記は基準日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

問い合わせ先

(裏)

【不服の申立及び取消訴訟】

※この決定に不服がある場合は、行政不服審査法(平成 26 年法律第 68 号)の規定により、この決定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、長野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、決定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、決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和 37 年法律第 139 号)の規定により、この決定があったことを知った日から 6 か月以内に、諏訪広域連合長を被告として、長野地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から 6 か月以内であっても、決定の日から 1 年を経過した場合に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。)

【滞納についての特別の事情等】

- (1) 保険料を滞納している要介護被保険者等又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。
- (2) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。
- (3) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。
- (4) 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。
- (5) 保険料を滞納している要介護被保険者等が生活保護の被保護者であること。(当該者が支払方法変更の記載の原因となるべき滞納に係る保険料の納期限において生活保護法の規定による生活扶助を受けていなかった場合に限る。)

（表）

諏訪介第
年 月 日

介護保険給付額減額通知書

様

諏訪広域連合
広域連合長

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

年 月 日にあなたは、要介護（要支援）認定申請をしましたが、あなたの介護保険料は下記のとおり未納となっており、すでに消滅時効に係っているため、さかのぼって納めていただくことができません。

保険料未納の方に対し通常の保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第 6 9 条第 1 項の規定により次の期間につき介護給付等（居宅介護サービス計画費の支給、特例居宅介護サービス計画費の支給、介護予防サービス計画費の支給及び特例介護予防サービス計画費の支給、高額介護サービス費の支給、高額医療合算介護サービス費の支給、高額介護予防サービス費の支給及び高額医療合算介護予防サービス費の支給並びに特定入所者介護サービス費の支給、特例特定入所者介護サービス費の支給、特定入所者介護予防サービス費の支給及び特例特定入所者介護予防サービス費の支給を除く。）の減額、並びに高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、高額介護予防サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費並びに特定入所者介護サービス費、特例特定入所者介護サービス費、特定入所者介護予防サービス費及び特例特定入所者介護予防サービス費の支給を行わないことに決定しましたので通知します。

なお、災害その他特別な事情等（裏面参照）が発生した場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、該当すると思われる方は、速やかに被保険者証を添えて住所を有する市町村介護保険担当課または諏訪広域連合介護保険課に申し出てください。

給付額減額の措置を行う期間	年 月 日から 年 月 日まで																												
○給付額減額措置の算定根拠 給付額減額期間＝保険料徴収権消滅期間×$\frac{\text{保険料徴収権消滅期間}}{\text{保険料徴収権消滅期間}+\text{保険料納付済期間}}\times 1/2$ 保険料徴収権消滅期間：（未納・時効消滅額／年賦課額）＋（未納・時効消滅額／年賦課額）＋…… ＝ 年 納付済期間：（納付額／年賦課額）＋（納付額／年賦課額）＋…… ＝ 年 <table><tr><th>年度</th><th>未納・時効消滅額</th><th>納付済額</th><th>年賦課額</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		年度	未納・時効消滅額	納付済額	年賦課額																								
年度	未納・時効消滅額	納付済額	年賦課額																										

問い合わせ先

(裏)

【不服の申立及び取消訴訟】

※この決定に不服がある場合は、行政不服審査法(平成 26 年法律第 68 号)の規定により、この決定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、長野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、決定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、決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)。

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和 37 年法律第 139 号)の規定により、この決定があったことを知った日から 6 か月以内に、諏訪広域連合長を被告として、長野地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から 6 か月以内であっても、決定の日から 1 年を経過した場合に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。)。

【災害及びその他の特別な事情等】

- (1) 要介護被保険者当又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。
- (2) 要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な損害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。
- (3) 要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。
- (4) 要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。
- (5) 要介護被保険者等が被保護者であること。
- (6) 要介護被保険者等が被保護者であって、給付額減額等の記載を受けないとしたならば保護を必要としない状態となるものであること。

様式第13号中「金子 ゆかり」を削り、

生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	を
---------	-------	-----	-------	---

「

生 年 月 日	年 月 日	に
---------	-------	---

」

改める。

様式第14号中「保険給付額減額免除申請結果通知書」を「介護保険給付額減額免除申請結果通知書」に改める。

（諏訪広域連合障害支援区分審査会の審査判定に係る個人情報提供取扱要綱の一部改正）

第9条 諏訪広域連合障害支援区分審査会の審査判定に係る個人情報提供取扱要綱（平成18年諏訪広域連合告示第16号）の一部を次のように改正する。

別記様式中「印」を削る。

（諏訪広域連合介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関する要綱の一部改正）

第10条 諏訪広域連合介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関する要綱（平成29年諏訪広域連合告示第9号）の一部を次のように改正する。

第2条中「諏訪広域連合介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書（様式第1号）」を「指定申請書」に改める。

第3条の次に次の1条を加える。

（指定の更新の申請）

第3条の2 法第115条の45の6第1項の規定による指定の更新の申請は、指定更新申請書により行うものとする。

第5条を次のように改める。

（変更の届出等）

第5条 第2条の規定により提出した指定申請書又は第3条の2の規定により提出した指定更新申請書及びこれらの添付書類に記載した事項のうち、広域連合長が別に定める事項に変更があった場合の届出は、変更があった日から10日以内に、変更届出書により行うものとする。

2 指定第1号事業者が当該事業を廃止し、又は休止しようとするときは、当該廃止又は休止の日の1月前までに、廃止・休止届出書により、広域連合長に届け出るものとする。

3 指定第1号事業者が休止した当該事業を再開したときは、再開した日から10日以内に、再開届出書により、広域連合長に届け出るものとする。

第7条を第8条とする。

第6条中「第2条から前条までの規定による指定又は届出」を「指定第1号事業者の指定若しくは指定の更新又は第5条の規定による届出書」に改め、同条を第7条とする。

第5条の次に次の1条を加える。

(様式)

第6条 申請書及び届出書の様式は、介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式(令和5年厚生労働省告示第331号)で定めるものとする。

様式第1号から様式第3号までを削る。

(諏訪広域連合介護保険制度における境界層措置事務取扱要領の一部改正)

第11条 諏訪広域連合介護保険制度における境界層措置事務取扱要領(令和元年諏訪広域連合告示第14号)の一部を次のように改正する。

第6条第1項中「属するする年度」を「属する年度」に改める。

第7条第2号中「法第51条の3」を「介護保険法第51条の3」に改め、「(平成9年法律第124号)」を削り、同条第3号中「法第51条の3」を「介護保険法第51条の3」に改める。

「

被保険者番号										
性 別 男 ・ 女										

を

「

被保険者番号										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

に、「明 ・ 大 ・ 昭

年 月 日」を「年
月 日」に、「氏名 印」を
「氏名 署名または記名押印」に改める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和8年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際現にあるこの告示による改正前の様式による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。