

別添 1-2

別記様式第1号(第5条第2項関係)

草津市受診料免除申請書兼税務関係資料閲覧承諾書

草津市長 宛

年 月 日

草津市健康診査受診料徴収規則第5条第2項の規定により、受診料を免除されるよう下記のとおり申請します。

なお、草津市健康診査受診料免除のために、健康増進課長が私の世帯の税務関係資料を閲覧することを承諾します。

申請者(受診者)

T 525—00

住所 草津市

氏 名

生年月日 年 月 日 (満 歳)

電話番号 —————

5112

1. 免除を希望する健康診査 [個別・集団いずれか一方のみ]

希望項目	健康診査の種類(免除申請対象年齢)	受診料	前回 受診日
メタボ 予防健康診査	◆ブレ特定健康診査(19～39歳)	(個別) <u>1,900円</u> (集団) 1,400円	
	◆生活保護受給者健康診査(40歳以上) (保険加入者は除く)	<u>1,900円</u>	
	◆浄化センター健康診査(19～64歳)		
	肝炎ウイルス検診(40～64歳) クーポン対象 ☐	(個別) 1,000円 (集団) 600円	____年 ____月 ※受診は1回のみです。
	肺がん・結核検診(40～64歳)	(個別) 700円 <u>(喀痰検査が必要な人は、合計1,500円)</u> (集団) 400円 <u>(喀痰検査が必要な人は、合計700円)</u>	
	大腸がん検診(40～69歳)	(個別) 500円 (集団) <u>300円</u>	
	胃がん検診(50～69歳) 〔胃内視鏡もしくはバリウム検査 いずれかのみ〕	胃内視鏡	____年 ____月 ※受診は2年度に1回です。
		胃部エックス線	(個別) 2,300円 (集団) <u>1,700円</u>
	子宮頸がん検診(20～69歳) クーポン対象 ☐	(個別) 1,600円 (集団) 1,400円	____年 ____月 ※受診は2年度に1回です。
	乳がん検診 クーポン対象 ☐	40歳～49歳	____年 ____月 ※受診は2年度に1回です。
		50歳～69歳	
	節目歯科健康診査(20・30・40・50・60歳)	1,000円	

2. 免除理由 () ① 生活保護法により保護を受けている世帯

() ② 市民税の非課税世帯または免除世帯

3. 代理人または成年後見人が申請する場合

氏名 (続柄)

電話番号

別添2-1

様式第2号(第5条第3項関係)

様

草津市長

年度 草津市受診料免除可否決定通知書

年 月 日付で申請のあった免除申請について、次のとおり決定しましたので、草津市健康診査受診料徴収規則第5条第3項の規定により通知します。

記

1. 免除を認める。〔個別・集団いずれか一方のみ〕

免除項目	健康診査の種類(免除申請対象年齢)		免除額	受診日
メタボ 予防 健康 診査	プレ特定健康診査(19～39歳)		(個別) 2,100円 (集団) 1,400円	年 月 日
	生活保護受給者健康診査(40歳以上) (保険加入者は除く)		2,100円	
	浄化センター健康診査(19～64歳)			
	肝炎ウイルス検診(40～64歳) クーポン対象 ☐		(個別) 1,000円 (集団) 600円	年 月 日 ※受診は1回のみです
	肺がん・結核検診(40～64歳)		(個別) 700円 (集団) 400円	年 月 日
	大腸がん検診(40～69歳)		(個別) 500円 (集団) 400円	年 月 日
	胃がん検診(50～69歳) 〔胃内視鏡もしくはバリウム検査 いずれかのみ〕	胃内視鏡	3,100円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です
		胃部エックス線	(個別) 2,300円 (集団) 1,800円	
	子宮頸がん検診(20～69歳) クーポン対象 ☐		(個別) 1,600円 (集団) 1,400円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です
	乳がん検診 クーポン対象 ☐	40歳～49歳	(個別) 2,000円 (集団) 1,300円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です
		50歳～69歳	(個別) 1,400円 (集団) 1,200円	
	節目歯科健康診査(20・30・40・50・60歳)		1,000円	年 月 日

☐ この用紙を、上記の免除可とした健(検)診受診時に持参し提示してください。最後に受診した健(検)診の受診先で提出してください。

☐ この免除決定は、各事業の当該年度実施期間（ただし、実施機関の最終実施日までに限る。）のみ有効です

2. 免除を認めない。

(理由)

別添 2 - 2

様式第2号(第5条第3項関係)

様

草津市長

年度 草津市受診料免除可否決定通知書

年 月 日付で申請のあった免除申請について、次のとおり決定しましたので、草津市健康診査受診料徴収規則第5条第3項の規定により通知します。

記

1. 免除を認める。〔個別・集団いずれか一方のみ〕

免除項目	健康診査の種類(免除申請対象年齢)		免除額	受診日
メタボ 予防 健康 診査	プレ特定健康診査(19～39歳)		(個別) <u>1,900円</u> (集団) 1,400円	年 月 日
	生活保護受給者健康診査(40歳以上) (保険加入者は除く)		<u>1,900円</u>	
	浄化センター健康診査(19～64歳)			
	肝炎ウイルス検診(40～64歳) クーポン対象 ☐		(個別) 1,000円 (集団) 600円	年 月 日 ※受診は1回のみです
	肺がん・結核検診(40～64歳)		(個別) 700円 <u>(喀痰検査が必要な人は、合計1,500円)</u> (集団) 400円 <u>(喀痰検査が必要な人は、合計700円)</u>	年 月 日
	大腸がん検診(40～69歳)		(個別) 500円 (集団) <u>300円</u>	年 月 日
	胃がん検診(50～69歳) 〔胃内視鏡もしくはバリウム検査 いずれかのみ〕	胃内視鏡	3,100円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です
		胃部エックス線	(個別) 2,300円 (集団) <u>1,700円</u>	
	子宮頸がん検診(20～69歳) クーポン対象 ☐		(個別) 1,600円 (集団) 1,400円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です
	乳がん検診 クーポン対象 ☐	40歳～49歳	(個別) 2,000円 (集団) 1,300円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です
		50歳～69歳	(個別) 1,400円 (集団) 1,200円	
	節目歯科健康診査(20・30・40・50・60歳)		1,000円	年 月 日

☐ この用紙を、上記の免除可とした健(検)診受診時に持参し提示してください。最後に受診した健(検)診の受診先で提出してください。

☐ この免除決定は、各事業の当該年度実施期間（ただし、実施機関の最終実施日までに限る。）のみ有効です

2. 免除を認めない。

(理由)

(令和 8 年 3 月 2 6 日 掲 示 済 み)

草津市農業委員会に対する事務委任規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年3月26日

草津市長 橋 川 渉

草津市規則第22号

草津市農業委員会に対する事務委任規則の一部を改正する規則

草津市農業委員会に対する事務委任規則（平成19年草津市規則第8号）の一部を次のように改正する。

（下線部分は改正部分）

改正後	改正前
第1条 《現行どおり》 （委任の範囲）	第1条 《省略》 （委任の範囲）
第2条 《現行どおり》 （1）～（16） 《現行どおり》	第2条 《省略》 （1）～（16） 《省略》
<u>（17）</u> 法第51条第3項の規定による公表	《改正後に新設》
<u>（18）</u> 法第51条第4項の規定による原状回復等の措置の実施および公告	<u>（17）</u> 法第51条第3項の規定による原状回復等の措置の実施および公告
<u>（19）</u> 法第51条第5項の規定による原状回復等の措置に要した費用の徴収	<u>（18）</u> 法第51条第4項の規定による原状回復等の措置に要した費用の徴収

付 則

この規則は、公布の日から施行する。

（令和8年3月26日掲示済み）

草津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3月27日

草津市長 橋 川 渉

草津市規則第23号

草津市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

草津市介護保険条例施行規則（平成12年草津市規則第36号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分は改正部分）

改正後	改正前
第1条～第52条 《現行どおり》 別記様式第1号～別記様式第5号 《現行どおり》 別記様式第6号（第15条第1項関係）	第1条～第52条 《省略》 別記様式第1号～別記様式第5号 《省略》 別記様式第6号（第15条第1項関係）

改正後	改正前
(別添 1－1 のとおり) 別記様式第 7 号～別記様式第 1 0 号 《現行どおり》 別記様式第 1 1 号 (第 1 6 条第 1 項関係) (別添 2－1 のとおり) 別記様式第 1 2 号～別記様式第 5 5 号 《現行どおり》	(別添 1－2 のとおり) 別記様式第 7 号～別記様式第 1 0 号 《省略》 別記様式第 1 1 号 (第 1 6 条第 1 項関係) (別添 2－2 のとおり) 別記様式第 1 2 号～別記様式第 5 5 号 《省略》

付 則

(施行期日)

1 この規則は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

(様式に関する経過措置)

2 この規則の施行の際現にある改正前の草津市介護保険条例施行規則の様式による用紙は、当分の間、所要の調整を加えて、これを使用することができる。

別添1-1
様式第6号(第15条第1項関係)

介護保険		要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定		申請書					
草津市長 宛		受付年月日		※市記入欄 年 月 日					
次のとおり申請します。		申請年月日		年 月 日					
申請書を提出した人または提出代行者名称	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)				被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)				
					市記入欄 ※コードを記入				
住所	〒			電話番号					
被 保 険 者	介護保険被保険者番号				個人番号				
	医療保険被保険者名				保険者番号				
	被保険者フリガナ	記号			番号			枝番	
	氏名				生年月日	年 月 日			
					性別	男 ・ 女			
	住所	〒			電話番号				
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 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認定・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」の場合、申請日 年 月 日 はい ・ いいえ							
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無(短期入所を除く) 有 ・ 無									
介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日						
主治医	主治医の氏名				医療機関名	(診療科名)			
	所在地	〒			電話番号				
第2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									
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、草津市が提供を受けた介護サービス計画および介護予防サービス計画ならびに居宅サービス事業者また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、草津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も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また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									

(保険証)

回収済

郵送返却

調査時回収

別添 1 - 2

様式第 6 号 (第 1 5 条第 1 項関係)

介護保険		要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定		申請書																		
草津市長 宛		受付年月日		※市記入欄 年 月 日																		
次のとおり申請します。		申請年月日		年 月 日																		
申請書を提出した人または提出代行者名称	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)				被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)																	
					市記入欄 ※コードを記入																	
住 所	〒			電話番号																		
被 保 険 者	介護保険被保険者番号				個人番号																	
	医療保険	保険者名					保険者番号															
		被保険者	記号					番号							枝番							
	フリガナ						生年月日	年 月 日														
	氏 名						性 別	男 ・ 女														
	住 所	〒					電話番号															
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2									
			有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																			
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名										〔									
現在、転出元自治体に要介護認定・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、申請日 年 月 日												
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無(短期入所を除く)										有 ・ 無												
介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												
主 治 医	主治医の氏名											医療機関名	(診療科名)									
	所 在 地	〒										電話番号										
第2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																						
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・意見および主治医意見書を、草津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も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また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																						

(保険証)

回収済

郵送返却

調査時回収

別添2-1

様式第11号(第16条第1項関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

草津市長 宛

次のとおり申請します。

		受付年月日	※市記入欄		年	月	日
		申請年月日			年	月	日
申請書を提出した人または提出代行者名称	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)					被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)	
						市記入欄 ※コードを記入	
住所	〒					電話番号	

被 保 険 者	介護保険被保険者番号											個人番号																			
	医療保険被保険者	記号										番号										枝番									
	フリガナ											生年月日	年 月 日																		
	氏名											性別	男 ・ 女																		
	住所	〒										電話番号																			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2																			
		有効期間 年 月 日から										年 月 日まで																			
	変更申請の理由																														
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無(短期入所を除く) 有 ・ 無																														
	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日																				

主治医	主治医の氏名											医療機関名	(診療科名)									
	所在地	〒										電話番号										

第2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																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、草津市が提供を受けた介護サービス計画および介護予防サービス計画ならびに居宅サービス事業者また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、草津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も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また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

(保険証) 回収済 郵送返却 調査時回収