

伊勢市公報

第477号
令和7年9月22日
月曜日

目次

	頁
規 則	
○ 伊勢市介護保険規則の一部を改正する規則	2
告 示	
○ 市議会定例会の招集について	22
○ 指定地域密着型サービス事業者の指定について	23
○ 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定について	24
○ 放置自転車等の撤去及び保管について	25
選挙管理委員会告示	
○ 永久選挙人名簿関係	
・ 選挙権を有する者の総数の50分の1の数、6分の1の数及び3分の1の数について	27
○ 三重県知事選挙関係	
・ 投票管理者及び同職務代理者の変更について	28
○ 伊勢市長・伊勢市議会議員選挙関係	
・ 90日特例により同時に選挙を行うことについて	29
農業委員会告示	
○ 農業委員会総会の招集について	30
公 告	
○ パブリックコメントの結果公表について	31
○ 公示送達	32
○ 公示送達	34
○ 公示送達	36
教育委員会公告	
○ パブリックコメントの実施について	38

伊勢市介護保険規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 7 年 9 月 2 日

伊勢市長 鈴 木 健 一

伊勢市規則第43号

伊勢市介護保険規則の一部を改正する規則

伊勢市介護保険規則（平成17年伊勢市規則第83号）の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第4号までを次のように改める。

様式第1号 (第9条関係)

介護保険資格取得・異動・喪失届

(宛先) 伊勢市長

次のとおり届け出ます。

届 出 人	氏名		被保険者との関係	☐ 本人 ☐ 世帯主 ☐ その他()
	住所	〒 _____ 電話番号 _____ — _____ (日中連絡先)		

※届出人が被保険者本人の場合は、届出人住所・電話番号は記載不要です。

届 出 日		資 格 異 動 日		届出事由(該当する区分にチェックをしてください。)									
年 月 日		年 月 日		□ 取 得			□ 喪 失			□ 異 動			
新住所 〒				☐ 転入 ☐ 職権復活 ☐ 65歳到達 ☐ 適用除外非該当 ☐ その他 ()			☐ 転出 ☐ 職権喪失 ☐ 死亡 ☐ 適用除外該当 ☐ その他 ()			☐ 氏名変更 ☐ 住所変更 ☐ 世帯変更 ☐ その他 ()			
旧住所 〒													
本年1月1日の住所 〒													
フリガナ 氏 名		生年月日	続柄	被 保 険 者 番 号								要 介 護 の 認 定 有 無	介 護 保 険 施 設 等 の 入 所 有 無
				個 人 番 号									
		年 月 日										☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
		年 月 日										☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
		年 月 日										☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
		年 月 日										☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無

(注) 届出事由が喪失又は異動の場合は、介護保険被保険者証を添付してください。

様式第2号（第9条関係）

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

（宛先）伊勢市長

次のとおり届け出ます。

区	分	☐ 適用(在宅→施設) ☐ 変更(施設→施設) ☐ 終了(施設→在宅)	届出 年月日	年 月 日
---	---	--	-----------	-------

届出人	氏 名		被保険者 との関係	☐ 本人 ☐ その他()
	住 所	〒 電話番号 — — (日中連絡先)		

被保険者	被 保 険 者 号		個 人 号	
	氏 名	フリガナ	世帯主と の 続 柄	生 年 月 日
				年 月 日

世帯主	氏 名	フリガナ	生 年 月 日
			年 月 日

※被保険者が世帯主の場合は記載不要です。

異動前情報	従 前 の 住 所	〒
	※異動前住所が介護保険施設等の場合は、以下も記入してください。	
	施 設	名 称 退 所 日 年 月 日

異動後情報	現 住 所	〒	電話番号 — — (日中連絡先)
	※異動後住所が介護保険施設等の場合は、以下も記入してください。		
	施 設	名 称 入 所 日 年 月 日	年 月 日

（注） 介護保険被保険者証を添付してください。

様式第3号（第9条関係）

介護保険被保険者証交付申請書

（宛先）伊勢市長

次のとおり申請します。

			申請年月日	年 月 日
申請者	氏 名		被保険者 との関係	☐ 本人 ☐ その他（ ）
	住 所	〒 電話番号 — — (日中連絡先)		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	個人番号		
	氏 名	フリガナ	生年月日
			年 月 日
住 所	〒 電話番号 — — (日中連絡先)		

医 療 保 険 者 名 (医療保険者番号)	()	医療保険被保険者 証 記 号 番 号	
--------------------------	-----	-----------------------	--

（注） 医療保険加入者であることを確認できるものを提示してください。

様式第4号（第9条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 伊勢市長

次のとおり申請します。

			申 請 年月日	年 月 日
申 請 者	氏 名		被保険者 との関係	☐ 本人 ☐ その他（ ）
	住 所	〒 電話番号 — — （日中連絡先）		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 險 者	被 保 險 者 号									個 人 号								
	氏 名	フリガナ												生 年 月 日				
														年 月 日				
	住 所	〒 電話番号 — — (日中連絡先)																

再交付する証明書	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険資格者証 ☐ 介護保険受給資格証明書 ☐ その他（ ）
申 請 の 理 由	☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他（ ）

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

医 療 保 険 者 名 (医療保険者番号)	()	医療保険被保険者 記 号 番 号	
--------------------------	-----	---------------------	--

様式第 7 号を次のように改める。

様式第7号（第12条関係）

（表面）

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		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	
	年 月 日～ 年 月 日		日	
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	
居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称		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	
介護保険施設等	種 類	入所等年月日	年 月 日	
	名 称	退所等年月日	年 月 日	
	種 類	入所等年月日	年 月 日	
	名 称	退所等年月日	年 月 日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印		242032 伊勢市		

(裏面)

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ伊勢市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 サービス・活動事業（第1号事業）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に提出してください。
- 4 サービス・活動事業（第1号事業）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に提出してください。
- 5 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又は介護予防支援事業者に介護サービス計画又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伊勢市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、伊勢市に届けた場合に限り現物給付となります。これらの手続をしない場合は、伊勢市からの事後払い（償還払い）になります。
- 6 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 7 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。）。
- 8 サービス・活動事業（第1号事業）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伊勢市が定める割合又は伊勢市が定める額（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。
- 9 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。
- 10 被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を伊勢市に返してください。
- 11 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて伊勢市にその旨を届け出てください。
- 12 この証の有効期限を経過したときは、使用することはできません。
- 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拘禁刑の処罰を受けます。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を伊勢市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3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3割である場合は、4割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

様式第23号及び様式第23号の2を次のように改める。

介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書

（ 年 月分）

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号						
	氏 名		被保険者番号						
	生 年 月 日	年 月 日	個人番号						
	住 所	〒 電話番号 — —							
		氏 名	生 年 月 日	介護保険被保険者番号					
※1 世 帯 構 成	世 帯 主		年 月 日						
	世 帯 員		年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
（宛先）伊勢市長 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 なお、この支給申請の審査のために、私の世帯員の住民税課税状況等を調査することに同意します。 また、負担割合の変更や過誤調整等により既に支給した高額介護（介護予防）サービス費が減額となった場合、以降の高額介護（介護予防）サービス費で相殺することに同意します。 年 月 日 申請者（被保険者）氏名 (代筆者)									
口座振込依頼欄	金 融 機 関 名	店 舗 名	口 座 種 目	口 座 番 号					
		本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 その他()						
	金融機関コード(記入不要)	店舗コード(記入不要)	フリガナ						
			口座名義人						
※2 上記申請に係る給付費の受領を上記口座名義人に委任します。 氏名 ㊟									

- （注） 1 二重枠線内の必要事項を記入してください。
- 2 ※1には、同じ世帯で他に介護保険の被保険者がいる場合、記入してください。
- 3 ※2には、申請者（被保険者）と振込口座名義人が異なるときに、申請者が記入押印してください。
- 4 給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費が支給されない場合があります。
- 5 今回の申請以降、高額介護（介護予防）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
- また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
- 6 ただし、公費負担医療受給者の方で自己負担額がある方、無料低額介護老人保健施設利用者の方については、利用月ごとに申請書を提出していただく必要があります。提出の際は、下記の二重枠線内に記入の上、必ず領収書を添えて提出してください。

上記の（注）6に該当する方のみ記入してください。

サービス利用月	年 月	該当月分の支払額合計	円
---------	-----	------------	---

高額医療合算介護サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		年度		申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)										支給申請書整理番号			
フリガナ						生年月日		年 月 日 生				個 人 番 号									
氏 名												計算期間の始期及び終期		年 月 ～ 年 月							
国民健康保険資格情報																					
保険者番号		被保険者証記号				被保険者証番号				続柄		保険者名称				加入期間					
										1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員						年 月 日から 年 月 日まで					
後期高齢者医療資格情報																					
保険者番号		被保険者番号				広域連合名称				加入期間											
																年 月 日から 年 月 日まで					
介護保険資格情報																					
保険者番号		被保険者番号				保険者名称				加入期間											
																年 月 日から 年 月 日まで					
支給方法	口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行		金融機関コード		本店		店舗コード		種目		口座番号				フリガナ			振込先口座 管理番号	
口座振込			信用金庫					支店				1 普通 2 当座 4 貯蓄						口座名義人			
保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄										
	1			年 月 日から 年 月 日まで																	
	2			年 月 日から 年 月 日まで																	
	3			年 月 日から 年 月 日まで																	
	4			年 月 日から 年 月 日まで																	
	5			年 月 日から 年 月 日まで																	
(宛先) 伊勢市長 年 月 日 郵便番号 〒 住所 1 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。 2 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 なお、支給に関わる関係機関に対し、関連する情報の提供・収集をすることに同意します。 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、1・2のいずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、1のみを丸で囲んでください。 申請者 氏名 (被保険者) 電話番号																					

委任状	
私は、 を代理人と定め、この高額介護合算療養費支給申請兼負担額証明書交付申請により受ける高額介護合算療養費給付に関する一切の権限を委任します。	
(宛先) 伊勢市長 年 月 日	
被保険者	住所 氏名

窓 口 確 認 欄					
受付	申請者（本人・代理人）	個人番号確認	備考	保険料充当	入力日確認
	各種免許証（ ） 個人番号カード・資格確認証 その他（ ） 未	個人番号カード 通知カード その他（ ）			/

	人中		人目
	枚中		枚目
確 認 欄		市町 受付印	
確認	入力・修正		

1 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載してください。添付する証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載してください。
例） 口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
 - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
・健保組合等被用者保険の名称、所在地及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く。）
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、御留意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称及び加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

2 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載してください(2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください)。
- (2) 各医療保険(介護保険)資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

- 1 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 2 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「GY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする）＋保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。
- 3 保険者加入暦に介護保険（総合事業）自己負担額証明書の情報（保険者名、加入期間及び添付の自己負担額証明書整理番号）が記載されている場合、介護保険者においてのみ使用するため、医療保険者は、システムへの登録を行わないこと。
なお、介護保険（総合事業）自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。
「証明対象年度西暦（4桁）＋“98”＋保険者番号（6桁）＋保険者が付する通し番号（8桁）」

様式第30号を次のように改める。

(宛先) 伊勢市長

年 月 日

フリガナ			被保険者番号																
被保険者氏名			個人番号																
生 年 月 日	年 月 日																		
住 所	電話番号 ()																		
(※) 入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	電話番号 ()																		
入所(院) 年月日 (※)	年 月 日		(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。																

配 偶 者 の 有 無		有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。																
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ																		
	氏 名																		
	生 年 月 日	年	月	日	個人番号														
	住 所	連絡先 ()																	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)																		
	課 税 状 況	市町村民税	課税	・	非課税														

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		受給している全ての年金の保険者に○してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。 （受給している年金に○してください。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。			
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。 （受給している年金に○してください。）			
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 （受給している年金に○してください。）			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（夫婦は1,650万円）、④の方は550万円（夫婦は1,550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。			
	預貯金額	円	有価証券 （評価概算額）	円	その他 （現金・負債を含む。）

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

(裏面)

同 意 書

(宛先) 伊勢市長

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、伊勢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まいります。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

様式第32号及び様式第33号を次のように改める。

様式第33号（第31条関係）

特定入所者及び要介護旧措置入所者の負担限度額に関する特例
に係る特定入所者介護（介護予防）サービス費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ			保 険 者 番 号				
	氏 名			被保険者番号				
	生 年 月 日	年 月 日						
	住 所	〒 電話番号 ()						
支払った食費及 び居住費（滞在 費）	支払った期間	年 月 日～ 年 月 日						
	支払った金額	食費	円	居住費（滞在費）	円			
サービスの提供 を受けた介護保 険施設等の所在 地及び名称	〒 電話番号 ()							
負担限度額認定 証の交付・適用 年月日	交 付 年 月 日	※1	年	月	日			
	適 用 年 月 日	※1	年	月	日			
負担限度額認定 証の交付申請又 は証を提出でき なかった理由								
（宛先）伊勢市長 上記のとおり関係書類を添えて特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 なお、この支給申請の審査のために、私の世帯員の住民税課税状況等を調査することに同意します。 年 月 日 申請者（被保険者）氏名 (代筆者)								
口 座 振 込 依 頼 欄	金 融 機 関 名	店 舗 名		口 座 種 目		口 座 番 号		
		本店 支店 出張所		1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ()				
	金融機関コード(記入不要)	店舗コード(記入不要)		フリガナ				
				口座名義人				
※2 上記申請に係る給付費の受領を上記口座名義人に委任します。 氏名 (印)								

- （注） 1 二重枠線内の必要事項を記入してください。
- 2 この申請書には、領収証を添付してください。
- 3 ※1は、既に負担限度額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。
- 4 ※2には、申請者（被保険者）と振込口座名義人が異なるときに、申請者が記入押印してください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の伊勢市介護保険規則に定める様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の伊勢市介護保険規則に定める様式によるものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

伊勢市告示第 160 号

伊勢市議会定例会を次のとおり招集します。

令和 7 年 9 月 1 日

伊勢市長 鈴 木 健 一

- 1 招集の日時 令和 7 年 9 月 8 日（月） 午後 1 時
- 2 招集の場所 伊勢市議会議場

伊勢市告示第 161 号

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 42 条の 2 第 1 項の規定により、指定地域密着型サービス事業者を指定したので、同法第 78 条の 11 第 1 号及び介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 131 条の 14 の規定により、次のとおり告示します。

令和 7 年 9 月 1 日

伊勢市長 鈴木 健 一

記

- 1 指定地域密着型サービス事業者の名称
株式会社ウェルフェア三重
- 2 指定に係る事業所の名称及び所在地
名 称 小規模多機能ホームふたみ
所在地 伊勢市二見町松下 1349 番地 62
- 3 指定の年月日
令和 7 年 9 月 1 日
- 4 サービスの種類
小規模多機能型居宅介護

伊勢市告示第 162 号

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 42 条の 2 第 1 項及び第 54 条の 2 第 1 項の規定により、指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者を指定したので、同法第 78 条の 11 第 1 号及び第 115 条の 20 第 1 号並びに介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 131 条の 14 及び第 140 条の 31 の規定により、次のとおり告示します。

令和 7 年 9 月 1 日

伊勢市長 鈴木 健 一

記

- 1 指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の名称
株式会社ウエルフェア三重
- 2 指定に係る事業所の名称及び所在地
名 称 グループホームふたみ
所在地 伊勢市二見町松下 1349 番地 64
- 3 指定の年月日
令和 7 年 9 月 1 日
- 4 サービスの種類
認知症対応型共同生活介護
介護予防認知症対応型共同生活介護

伊勢市告示第 163 号

伊勢市自転車等の放置防止及び適正な処理に関する条例(平成 25 年伊勢市条例第 19 号) 第 11 条第 2 項及び第 14 条第 1 項の規定により、放置されていた自転車等を撤去し、保管したので、同条第 2 項の規定により告示します。

令和 7 年 9 月 4 日

伊勢市長 鈴木 健 一

- 1 保管自転車等の種類、自転車等を撤去した日時、保管自転車等が放置されていた場所等

保管自転車等の種類	自転車等を撤去した日時	保管自転車等が放置されていた場所	台数
自転車	令和 7 年 8 月 22 日 午前 10 時 30 分	伊勢市宮後 2 丁目地内	1 台
計			1 台

- 2 保管場所

自転車等保管場所（伊勢市二見町三津地内、伊勢市二見町西地内又は伊勢市御薊町高向地内）

- 3 保管期間

告示の日から 60 日間

- 4 保管期間経過後の措置

保管期間を経過してもなお保管自転車等を返還することができない場合は、伊勢市自転車等の放置防止及び適正な処理に関する条例第17条第1項の規定により、当該保管自転車等について廃棄等の処分をすることがあります。

5 連絡先

放置自転車等管理業務委託先 株式会社エボリューション

電話番号 080-1580-8974

伊勢市選挙管理委員会告示第 42 号

地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）の規定による直接請求、市町村の合併の特例等に関する法律（平成 16 年法律第 59 号）の規定による合併協議会設置の請求及び地方教育行政の組織及び運営に関する法律（昭和 31 年法律第 162 号）の規定による解職請求に必要な選挙権を有する者の数は、次のとおりです。

令和 7 年 9 月 1 日

伊勢市選挙管理委員会

委員長 竜 田 節 夫

記

- 1 地方自治法第 74 条第 1 項及び同法第 75 条第 1 項並びに市町村の合併の特例に関する法律第 4 条第 1 項及び同法第 5 条第 1 項に規定する選挙権を有する者の総数の 50 分の 1 の数

2, 020 人

- 2 市町村の合併の特例に関する法律第 4 条第 11 項及び同法第 5 条第 15 項に規定する選挙権を有する者の総数の 6 分の 1 の数

16, 826 人

- 3 地方自治法第 76 条第 1 項、同法第 80 条第 1 項、同法第 81 条第 1 項及び同法第 86 条第 1 項並びに地方教育行政の組織及び運営に関する法律第 8 条第 1 項に規定する選挙権を有する者の総数の 3 分の 1 の数

33, 651 人

（参考）永久選挙人名簿登録者総数 100, 952 人

伊勢市選挙管理委員会告示第 43 号

令和 7 年伊勢市選挙管理委員会告示第 39 号(投票管理者及び同職務代理者の選任に関する告示) の一部を下記のとおり訂正します。

令和 7 年 9 月 5 日

伊勢市選挙管理委員会
委員長 竜 田 節 夫

	住 所	氏 名
変更前	伊勢市	佐之井 久也
変更後	伊勢市	阿竹 美津子

伊勢市選挙管理委員会告示第 44 号

公職選挙法（昭和 25 年法律第 100 号）第 34 条の 2 第 4 項において
準用する同条第 1 項の規定を適用し、同項に定める期間に、任期満了
による伊勢市長選挙と任期満了による伊勢市議会議員選挙を同法第
119 条第 1 項の規定により同時に行う。

令和 7 年 9 月 12 日

伊勢市選挙管理委員会
委員長 竜 田 節 夫

伊勢市農業委員会告示第 10 号

伊勢市農業委員会第 237 回総会を次のとおり招集します。

令和 7 年 9 月 8 日

伊勢市農業委員会
会長 森川 正弘

- 1 招集の日時 令和 7 年 9 月 16 日（火）午後 2 時
- 2 招集の場所 伊勢市 御薊公民館 2 階 講堂
- 3 付議すべき事項
 - 議案第 1 号 農地法第 3 条の規定による許可申請について
 - 議案第 2 号 事業計画変更承認申請について
 - 議案第 3 号 農地法第 4 条の規定による許可申請について
 - 議案第 4 号 農地法第 5 条の規定による許可申請について
 - 議案第 5 号 非農地証明願について
 - 議案第 6 号 伊勢市農用地利用集積等促進計画について
(農地中間管理機構への要請分)

伊勢市公告第 41 号

伊勢市政策意見提出制度（パブリック・コメント制度）実施要綱（平成 17 年 11 月 1 日施行）第 8 条第 1 項の規定により、次のとおり第 3 期伊勢市生活排水対策推進計画（案）に関するパブリック・コメントの結果を公表します。

令和 7 年 9 月 4 日

伊勢市長 鈴木 健 一

- 1 案の題名
第 3 期伊勢市生活排水対策推進計画（案）
- 2 案の公告日
令和 7 年 6 月 12 日
- 3 提出された意見等の概要
なし
- 4 提出された意見に対する市の考え方
なし
- 5 案の修正内容
なし

伊勢市公告第 42 号

公 示 送 達

下記の者の令和 7 年度国民健康保険料納入通知書は、住所、居所等が不明のため送達することができないので、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 78 条において準用する地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）第 20 条の 2 の規定により、公示送達をします。

なお、当該書類は、健康福祉部医療保険課に保管してありますから、来庁の上、受領してください。

令和 7 年 9 月 12 日

伊勢市長 鈴木 健 一

記

公示送達を受けるべき者の氏名及び住所

氏 名	住 所	記号番号
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略

省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略

伊勢市公告第 43 号

公 示 送 達

下記の者の令和 7 年度介護保険料納入通知書は、住所、居所等が不明のため送達することができないので、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 143 条において準用する地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）第 20 条の 2 の規定により、公示送達をします。

なお、当該書類は、健康福祉部介護保険課に保管してありますから、来庁の上、受領してください。

令和 7 年 9 月 12 日

伊勢市長 鈴 木 健 一

記

氏 名	住 所	被保険者番号
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略

伊勢市公告第 44 号

公 示 送 達

下記の者の令和 6 年度介護保険料督促状は、住所、居所等が不明のため送達することができないので、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 143 条において準用する地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）第 20 条の 2 の規定により、公示送達をします。

なお、当該書類は、健康福祉部介護保険課に保管してありますから、来庁の上、受領してください。

令和 7 年 9 月 12 日

伊勢市長 鈴 木 健 一

記

氏 名	住 所	被保険者番号
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略

省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略
省略	省略	省略

伊勢市教育委員会公告第 1 号

伊勢市人権教育基本方針を改定したいので、伊勢市政策意見提出制度（パブリック・コメント制度）実施要綱（平成 17 年 11 月 1 日施行）第 5 条第 3 項の規定により、次のとおり伊勢市人権教育基本方針（改定案）を公表します。

なお、伊勢市人権教育基本方針（改定案）について、次に定めるところにより伊勢市教育委員会に意見を提出することができます。

令和 7 年 9 月 10 日

伊勢市教育委員会

教育長 小林 貴法

1 公表する計画案

伊勢市人権教育基本方針（改定案）

案は省略し、次項に掲げる場所に備え置くとともに、市のウェブサイトに掲載して縦覧に供します。

2 縦覧場所

- (1) 伊勢市教育委員会学校教育課
- (2) 伊勢市役所本館 1 階市民ホール
- (3) 伊勢市総務部総務課
- (4) 伊勢市二見総合支所生活福祉課
- (5) 伊勢市小俣総合支所生活福祉課
- (6) 伊勢市御薮総合支所生活福祉課
- (7) 伊勢市神社支所
- (8) 伊勢市大湊支所

- (9) 伊勢市宮本支所
- (10) 伊勢市浜郷支所
- (11) 伊勢市豊浜支所
- (12) 伊勢市北浜支所
- (13) 伊勢市城田支所
- (14) 伊勢市四郷支所
- (15) 伊勢市沼木支所
- (16) 伊勢市立伊勢図書館
- (17) 伊勢市立小俣図書館
- (18) 伊勢市生涯学習センター（いせトピア）
- (19) 伊勢市二見生涯学習センター
- (20) 朝熊教育集会所
- (21) 黒瀬教育集会所

3 縦覧期間

自 令和7年9月16日（火）

至 令和7年10月16日（木）

4 意見の提出

- (1) 意見を提出することができる者

ア 市内に住所を有する者

イ 市内に事務所又は事業所を有する者

ウ 市内に存する事務所又は事業所に勤務する者

エ 市内に存する学校に在学する者

オ 本市に対して納税義務を有するもの

カ アからオまでに掲げるもののほか、伊勢市人権教育基本方針に利害関係を有する者

- (2) 意見の提出方法

任意の様式に、住所・氏名・電話番号・意見等を記入し、「伊勢市
人権教育基本方針（改定案）」に対する意見として、伊勢市教育委員
会事務局学校教育課に持参、郵送、ファクシミリ、電子メール又は
インターネットを利用する方法（電子メールを除く。）で提出してく
ださい。

[提出先]

伊勢市教育委員会事務局学校教育課 小俣総合支所 2 階

郵送 〒519-0592 伊勢市小俣町元町 540 番地

ファクシミリ 0596-23-8641

電子メール kyo-gako@city.ise.mie.jp

インターネットを利用する方法（電子メールを除く。）

<https://logoform.jp/f/elHU6>

(3) 意見の提出期限

令和 7 年 10 月 16 日（木）【必着】

(4) 問い合わせ先

伊勢市教育委員会事務局学校教育課 電話 0596-22-7883