

伊勢市公報

第478号
令和7年10月6日
月曜日

目次

	頁
規 則	
○ 伊勢市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施行細則の一部を改正する規則	2
○ 伊勢市児童福祉法による助産の実施及び母子保護の実施に関する規則の一部を改正する規則	16
訓 令	
○ 伊勢市市長の権限に属する事務の補助執行に関する規程の一部を改正する訓令	18
病院事業管理規程	
○ 伊勢市病院企業職員就業規程等の一部を改正する規程	20
告 示	
○ 道路の区域変更について	22
○ 石川県の一部の地域における市税に係る申告等に関する期限の指定について	23
教育委員会告示	
○ 教育委員会会議の招集について	24
公 告	
○ パブリックコメントの実施について	25
○ インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施について	28
○ 公示送達	31
○ 地籍調査に係る地図及び簿冊の閲覧について	32

伊勢市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施

行細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 30 日

伊勢市長 鈴 木 健 一

伊勢市規則第44号

伊勢市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
施行細則の一部を改正する規則

伊勢市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施行
細則（平成18年伊勢市規則第58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。

様式第1号（第3条関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(宛先) 伊勢市厚生福祉事務所長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
	居住地	〒	電話番号	
フリガナ 支給申請に係る 児 童 氏 名			生年月日	年 月 日
児 童 個 人 番 号			続 柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援A型・B型のサービスを申請する者に限る。）				有 ・ 無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入すること。

サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	障 害 支 援 区分の認定	有・無	区 分	1	2	3	4	5	6	有効 期間	
	利用中のサービスの種類と内容等											
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護			1	2	3	4	5
	利用中のサービスの種類と内容等											

申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容
		介護給付費		訓練等給付費		
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援			
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助			
		☐ 同 行 援 護	☐ 就 労 選 択 支 援			
		☐ 行 動 援 護				
		☐ 短 期 入 所				
		☐ 重度障害者等包括支援				
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）			
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）			
			☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練			
			☐ 就 労 移 行 支 援			
			☐ 就労移行支援（養成施設）			
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型				
	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型					
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）				
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援					
	☐ 地 域 定 着 支 援					

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、伊勢市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助の一部）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合に記入すること。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○を付ける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）。 2 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）。
	☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）。 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）。
	☐ IV グループホーム入居者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象事業所は、共同生活援助（グループホーム）	
	☐ V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ ☐ 定率負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

様式第 5 号を次のように改める。

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

(宛先) 伊勢市厚生福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	個人番号			
	居 住 地	〒 電話番号		

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名			
児童個人番号		続 柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
-----------	--	--------	--	---------------	--

被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)	
-----------------	--	-------------	--

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 () ・要介護	1 2 3 4 5
利用中のサービスの種類と内容等						

変更の理由		
-------	--	--

変更を申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容	
		介護給付費	訓練等給付費		
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援		
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助		
		☐ 同 行 援 護	☐ 就 労 選 択 支 援		
		☐ 行 動 援 護			
		☐ 短 期 入 所			
		☐ 重度障害者等包括支援			
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）		
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）		
			☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練		
			☐ 就 労 移 行 支 援		
			☐ 就労継続支援（A型）		
			☐ 就労継続支援（B型）		
	居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）		
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援				
	☐ 地 域 定 着 支 援				

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助の一部）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合に記入すること。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○を付ける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が 80 万 9 千円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割 16 万円未満、障害児：所得割 28 万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20 歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）。 2 市町村民税非課税世帯の者	〈20 歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）。
	☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20 歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）。 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20 歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）。
	☐ IV グループホーム入居者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象事業所は、共同生活援助（グループホーム）	
	☐ V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ ☐ 定率負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

様式第15号を次のように改める。

様式第15号（第8条関係）

(一)			(二)		(三)	
障害福祉サービス受給者証			介護給付費の支給決定内容		サービス種別	
受給者証番号			障害支援区分		支給量等	
支給決定障害者等	居住地		認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	フリガナ		サービス種別		サービス種別	
	氏名		支給量等		支給量等	
	生年月日	年 月 日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
児童	フリガナ		サービス種別			
	氏名		支給量等			
障害種別		1 2 3	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日		年 月 日	サービス種別			
支給市町村名 及 び 印			支給量等			
			支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
			予備欄			

(四)		(五)		(六)	
訓練等給付費の支給決定内容		計画相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項	
サービス種別		支給期間	年 月から 年 月まで	負担上限月額	
支給量等		指定特定相談支援事業所名		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	モニタリング期間		食事提供体制加算対象者	
サービス種別		予備欄		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
支給量等		特定障害者特別給付費の支給内容		利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	施設入所支援		利用者負担上限額管理事業所名	
地域生活支援事業の支給決定内容		支給額	円／日	特記事項欄	
障害名		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
サービス種別		共同生活援助又は重度障害者等包括支援			
支給量等		支給額	円／月		
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
サービス種別		予備欄		予備欄	
支給量等					
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで				
予備欄					

(七)			(八)			(九)				
訪問系サービス事業者記入欄			訪問系サービス事業者記入欄			短期入所事業者実績記入欄				
番号			番号			番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計
1	事業者及びその事業所の名称		4	事業者及びその事業所の名称		1		年 月 日から		
	サービス内容			サービス内容				年 月 日まで		
	契約支給量	月 時間 分		契約支給量	月 時間 分	2		年 月 日から		
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日			年 月 日まで		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	3		年 月 日から		
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				年 月 日まで		
2	事業者及びその事業所の名称		5	事業者及びその事業所の名称		4		年 月 日から		
	サービス内容			サービス内容				年 月 日まで		
	契約支給量	月 時間 分		契約支給量	月 時間 分	5		年 月 日から		
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日			年 月 日まで		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	6		年 月 日から		
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				年 月 日まで		
3	事業者及びその事業所の名称		6	事業者及びその事業所の名称		7		年 月 日から		
	サービス内容			サービス内容				年 月 日まで		
	契約支給量	月 時間 分		契約支給量	月 時間 分	8		年 月 日から		
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日			年 月 日まで		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	9		年 月 日から		
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				年 月 日まで		
						10		年 月 日から		
								年 月 日まで		
						11		年 月 日から		
								年 月 日まで		
						12		年 月 日から		
								年 月 日まで		

(十)			(十一)			(十一)		
生活介護・自立訓練・就労選択支援・ 就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄			療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄			地域生活支援事業者記入欄		
番号 1	事業者及びその 事業所の名称		番号 1	事業者及びその 事業所の名称	入所（居）日 退所（居）日	番号 1	事業者及びその 事業所の名称	
	サービス内容				入所（居）日 年 月 日		サービス内容	
	契約支給量（／月）	日	退所（居）日 年 月 日	契約支給量（／月）	日			
	契約日	年 月 日	入所（居）日 年 月 日	契約日	年 月 日			
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日	退所（居）日 年 月 日	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日			
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量		予備欄	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量				
番号 2	事業者及びその 事業所の名称		番号 2	事業者及びその 事業所の名称		番号 2	事業者及びその 事業所の名称	
	サービス内容			サービス内容				
	契約支給量（／月）	日		契約支給量（／月）	日			
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日			
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日			
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量			サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量				
番号 3	事業者及びその 事業所の名称		番号 3	事業者及びその 事業所の名称		番号 3	事業者及びその 事業所の名称	
	サービス内容			サービス内容				
	契約支給量（／月）	日		契約支給量（／月）	日			
	契約日	年 月 日		契約日	年 月 日			
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日		当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日			
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量			サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量				

(十三) 就労定着支援・自立生活援助・ 一般相談支援事業者記載欄 <table><tr><td>提供する地域相談支援の種類</td><td>事業者及びその事業所の名称</td><td>契約日 サービス提供終了日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>契約日 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>サービス提供終了日 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>契約日 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>サービス提供終了日 年 月 日</td></tr></table> 予備欄			提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日			契約日 年 月 日			サービス提供終了日 年 月 日			契約日 年 月 日			サービス提供終了日 年 月 日	(十四) 注意事項欄 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。 2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。 3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります（個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。	(十五) 注意事項欄 7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。） 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。 10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。 13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。
提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日																	
		契約日 年 月 日																	
		サービス提供終了日 年 月 日																	
		契約日 年 月 日																	
		サービス提供終了日 年 月 日																	

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和 7 年10月 1 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施行細則に定める様式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施行細則に定める様式によるものとみなす。

伊勢市児童福祉法による助産の実施及び母子保護の実施に関する規則の
一部を改正する規則をここに公布する。

令和 7 年 9 月 30 日

伊勢市長 鈴 木 健 一

伊勢市規則第45号

伊勢市児童福祉法による助産の実施及び母子保護の実施に関する規則の一部を改正する規則

伊勢市児童福祉法による助産の実施及び母子保護の実施に関する規則（平成17年伊勢市規則第60号）の一部を次のように改正する。

別表備考第3号(3)中「第13項、第14項及び第15項」を「第14項、第15項及び第16項」に改める。

附 則

この規則は、令和7年10月1日から施行する。

伊勢市市長の権限に属する事務の補助執行に関する規程の一部を改正する訓令を次のように定める。

令和 7 年 9 月 16 日

伊勢市長 鈴木 健 一

伊勢市訓令第 7 号

伊勢市市長の権限に属する事務の補助執行に関する規程の一部を改正する訓令

伊勢市市長の権限に属する事務の補助執行に関する規程（平成17年伊勢市訓令第 4 号）の一部を次のように改正する。

第 3 条第 2 項中「10万円未満」を「20万円以下」に改める。

附 則

（施行期日）

- 1 この訓令は、令和 7 年10月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この訓令による改正後の第 3 条第 2 項の規定は、この訓令の施行の日以後にされる起案に係る事務について適用し、同日前にされた起案に係る事務については、なお従前の例による。

伊勢市病院企業職員就業規程等の一部を改正する規程を次のように定める。

令和7年9月30日

伊勢市病院事業管理者 中 村 昌 弘

伊勢市病院事業管理規程第 8 号

伊勢市病院企業職員就業規程等の一部を改正する規程

(伊勢市病院企業職員就業規程の一部改正)

第 1 条 伊勢市病院企業職員就業規程（平成17年伊勢市病院事業管理規程第 7 号）の一部を次のように改正する。

別表医療技術部の項中「放射線室」を「臨床検査室又は放射線室」に改める。

(伊勢市病院企業職員の給与に関する規程の一部改正)

第 2 条 伊勢市病院企業職員の給与に関する規程（平成17年伊勢市病院事業管理規程第16号）の一部を次のように改正する。

別表第 8 夜間看護等手当の項中「診療放射線技師」を「臨床検査技師、診療放射線技師」に改める。

(市立伊勢総合病院非常勤職員の給与、勤務時間その他の勤務条件に関する規程の一部改正)

第 3 条 市立伊勢総合病院非常勤職員の給与、勤務時間その他の勤務条件に関する規程（令和 2 年伊勢市病院事業管理規程第11号）の一部を次のように改正する。

第 6 条第 3 項中「診療放射線技師」を「臨床検査技師、診療放射線技師」に改める。

附 則

この規程は、令和 7 年10月 1 日から施行する。

伊勢市告示第 164 号

道路の区域変更について

道路法（昭和 27 年法律第 180 号）第 18 条第 1 項の規定により、次のように道路の区域を変更しました。

その関係図面は、伊勢市都市整備部維持課において告示の日から 2 週間一般の縦覧に供します。

令和 7 年 9 月 29 日

伊勢市長 鈴木 健 一

道路の 種 類	路線名	区 間	新旧 の別	敷地の幅員 メートル	延長 メートル
市 道	宮川御菌堤線	御菌町高向 3082 番 2 地先から 御菌町高向 2982 番 2 地先まで	旧	4.4～5.5	80.2
			新	5.0	80.2

伊勢市告示第 165 号

伊勢市市税条例（平成 17 年伊勢市条例第 51 号）第 18 条の 2 第 1 項の規定に基づき、令和 6 年 1 月 18 日伊勢市告示第 10 号において別途告示で定めることとされている期日のうち、次に掲げる地域に住所又は主たる事務所若しくは事業所を有する者に係るものについては、その期限が令和 6 年 1 月 1 日から令和 7 年 10 月 30 日までの間に到来するものについて、令和 7 年 10 月 31 日とします。

令和 7 年 9 月 30 日

伊勢市長 鈴木 健 一

都道府県名	地 域
石川県	輪島市、珠洲市、鳳珠郡穴水町及び鳳珠郡能登町

伊勢市教育委員会告示第 11 号

伊勢市教育委員会会議を次のとおり招集します。

令和 7 年 9 月 16 日

伊勢市教育委員会

教育長 小林 貴法

記

- 1 日 時 令和 7 年 9 月 26 日（金）午後 7 時 00 分
- 2 場 所 伊勢市教育委員会（小俣総合支所）3 階 大研修室
- 3 会議に付する事件

議案第 39 号 伊勢市社会教育委員兼伊勢市立公民館運営審議会委員の辞任の
承認及び補欠委員の委嘱について

伊勢市公告第 45 号

第 3 期伊勢市中心市街地活性化基本計画を作成したいので、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、次のとおり第 3 期伊勢市中心市街地活性化基本計画（案）を公表します。

なお、第 3 期伊勢市中心市街地活性化基本計画（案）について、次に定めるところにより伊勢市に意見を提出することができます。

令和 7 年 9 月 16 日

伊勢市長 鈴木 健 一

1 公表する計画案

第 3 期伊勢市中心市街地活性化基本計画（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) 伊勢市役所本館 1 階市民ホール
- (2) 伊勢市都市整備部都市計画課
- (3) 伊勢市総務部総務課
- (4) 二見総合支所生活福祉課
- (5) 小俣総合支所生活福祉課
- (6) 御薮総合支所生活福祉課
- (7) 神社支所
- (8) 大湊支所

- (9) 宮本支所
- (10) 浜郷支所
- (11) 豊浜支所
- (12) 北浜支所
- (13) 城田支所
- (14) 四郷支所
- (15) 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
- (19) 伊勢市二見生涯学習センター

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者

カ アからオまでに掲げるもののほか、1 の計画案に利害関係を有する者

(2) 意見の提出方法

氏名、住所及び電話番号を明記の上、「第 3 期伊勢市中心市街地活性化基本計画（案）」に対する意見として伊勢市都市整備部都市計画課に

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]

伊勢市都市整備部都市計画課 伊勢市役所本庁舎本館 4 階

郵送 〒516-8601

伊勢市岩淵 1 丁目 7 番 29 号 伊勢市役所 都市計画課

ファクシミリ 050-1704-1924

電子メール toshikei@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/form/Ezfd/1206943>

(3) 意見の提出期限

令和 7 年 10 月 16 日（木）【必着】

(4) 問合せ先

伊勢市都市整備部都市計画課 電話 0596-21-5509

伊勢市公告第 46 号

予防接種法施行令（昭和 23 年政令第 197 号）第 5 条の規定により、次のとおり公告します。

令和 7 年 9 月 25 日

伊勢市長 鈴木 健 一

1 B 類予防接種の種類及び対象者の範囲

種類	対象者
インフルエンザ	(1) 65 歳以上の者 (2) 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有するもの
新型コロナウイルス感染症	(1) 65 歳以上の者 (2) 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有するもの

2 予防接種を行う期間

令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 1 月 31 日まで

3 予防接種を行う場所

伊勢市がインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症に係る予防接種を委託する医療機関

4 予防接種を受けるに当たって注意すべき事項

(1) 予防接種を受けることが適当でない者は、次に掲げる者としします。

ア 明らかな発熱を呈している者

イ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者

ウ 当該疾病に係る予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者

エ アからウまでに掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

(2) 予防接種の判断を行うに際して注意を要する者は、次に掲げる者としします。

ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血系疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者

イ 予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者

ウ 過去にけいれんの既往のある者

エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者

オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者

(3) 接種後の注意事項

- ア 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は、過激な運動を避けるよう注意すること。
- イ 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けること。
- ウ 被接種者又はその保護者は、イの場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに伊勢市健康福祉部健康課に連絡すること。

伊勢市公告第 47 号

公 示 送 達

下記の者の差押調書（謄本）、配当計算書（謄本）及び充当通知書は、住所、居所等が不明のため送達することができないので、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、総務部収納推進課に保管してありますので、来庁の上、受領してください。

令和 7 年 9 月 26 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
省略	省略

伊勢市公告第 48 号

神久 5 地域内の土地について、国土調査法（昭和 26 年法律第 180 号）による地籍調査を行い、地図及び簿冊を作成したので、同法第 17 条第 1 項の規定により公告します。

なお、当該地図及び簿冊は、次のとおり一般の閲覧に供します。

令和 7 年 9 月 30 日

伊勢市長 鈴 木 健 一

1 地図及び簿冊の名称

神久 5（神久 5 丁目及び神久 6 丁目）の地籍図及び地籍簿

2 閲覧期間

令和 7 年 10 月 1 日から同月 21 日まで。ただし、同月 4 日、同月 5 日、同月 11 日から同月 13 日まで、同月 18 日及び同月 19 日を除く。

3 閲覧時間

午前 9 時 30 分から午後 3 時まで

4 閲覧場所

都市整備部用地課及び伊勢市生涯学習センター

ただし、令和 7 年 10 月 6 日及び同月 20 日は都市整備部用地課のみ。

5 閲覧の結果、誤り等があると認めた場合は、上記の閲覧期間内に、伊勢市に対し訂正の申出をすることができます。

6 誤り等訂正の申出は、書面によることとなっているので、各自印章を持参してください。

7 誤り等訂正申出書の用紙は、請求があれば閲覧場所で交付します。