

窓空宛名
(照会先の市区町村)

第 号
年 月 日

〇〇市(町村)長 印

住民税の課税状況について(照会)

介護保険料算定の賦課資料として住民税課税状況等を必要としますので、お忙しいと存じますが、調査の上、
年 月 日までにご回答ください。固定文言1+編集1
なお、この照会は、介護保険法第203条第1項の規定に基づくものです。

照会対象者	氏名	()	生年月日	
貴管内住所				課税年度
現住所				年度

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

〇〇市(町村)長 様

第 号
年 月 日

住民税の課税状況について(回答)

●●市(町村)長 印

課税年度:

照 会 者 氏 名		()	性 別		生 年 月 日	
照 会 者 税 情 報	合 計 所 得 金 額	円		特別控除額 ※		円
	公的年金等の収入金額	円		課税所得（調整控除前）		円
	減 免 前 市 町 村 民 税	所得割額：円		均等割額：円		
	市 町 村 民 税 減 免 額	所得割額：円		均等割額：円		
	給 与 所 得 額	円		公的年金等に係る雑所得		円
	所得金額調整控除額	円				
不 明 時 の 理 由		未申告・非課税（要件： ）・該当なし・ その他（ ）				
賦課期日後転入者の場合の 転 入 日 及 び 前 住 所 地		〒 年 月 日 転入				

※ 特別控除額は、分離長期譲渡所得及び分離短期譲渡所得の特別控除の合計額(最大5,000万円)

自由記載1

窓空宛名
(照会先の市区町村)

第 号
年 月 日

〇〇市(町村)長 印

住民税の課税状況について(照会)

介護保険料算定の賦課資料として住民税課税状況等を必要としますので、お忙しいと存じますが、調査の上、
年 月 日までにご回答ください。固定文言1+編集1
なお、この照会は、介護保険法第203条第1項の規定に基づくものです。

照会対象者	氏名	()	生年月日	
貴管内住所				課税年度
現住所				年度

(お問合せ先)

●●市介護保険課 住所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890 メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

〇〇市(町村)長 様

第 号
年 月 日

住民税の課税状況について(回答)

●●市(町村)長 印

課税年度:

照 会 者 氏 名		()		性 別		生 年 月 日			
照 会 者 税 情 報	合 計 所 得 金 額		円		特別控除額 ※				円
	公的年金等の収入金額		円		課税所得（調整控除前）				円
	減 免 前 市 町 村 民 税		所得割額：円		均等割額：円				
	市 町 村 民 税 減 免 額		所得割額：円		均等割額：円				
	給 与 所 得 額		円		公的年金等に係る雑所得円				
	所得金額調整控除額		円						
不 明 時 の 理 由		未申告・非課税（要件：）・該当なし・その他（）							
賦課期日後転入者の場合の 転 入 日 及 び 前 住 所 地			〒 年 月 日 転入						

照 会 者 氏 名		(	
-----------	--	---	--

照 会 者 氏 名		()	性 別		生 年 月 日	
照 会 者 税 情 報	合 計 所 得 金 額	円		特別控除額 ※		円
	公的年金等の収入金額	円		課税所得（調整控除前）		円
	減 免 前 市 町 村 民 税	所得割額：円		均等割額：		円
	市 町 村 民 税 減 免 額	所得割額：円		均等割額：		円
	給 与 所 得 額	円		公的年金等に係る雑所得		円
	所得金額調整控除額	円				
不 明 時 の 理 由		未申告・非課税（要件：				

※ 特別控除額は、分離長期譲渡所得及び分離短期譲渡所得の特別控除の合計額(最大5,000万円)

自由記載 1

窓空宛名

年度 介護保険収入状況簡易申告書

次のとおり届出ます。

固定文言 1

申告提出年月日 年 月 日

対 象 者 番 号		対 象 者 氏 名	
生 年 月 日		職 業	
現 住 所		電 話 番 号	
		世 帯 主 の 氏 名 及 び 続 柄	

① 所得金額等 (年 1月1日～12月31日までの収入または所得)

所 得 の 種 類	① 収 入 金 額	② 必 要 経 費	③ 所得金額(①－②)	固定文言 2 備 考
営 業	円	円	円	固定文言 3＋編集 1
不 動 産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
給 与	円	円	円	※特定支出額がある場合は 必要経費に記入
年 金	円	円	円	※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を 記入してください
そ の 他	円	円	円	
	円	円	円	
住民税課税区分	課 税 ・ 非 課 税			

② 譲渡所得に関する事項

資 産 の 種 類 (○印を付してください)	左 の 資 産 を 取得した年月日	譲渡した年月日	特 別 控 除 額
1 土 地 建 物 等 2 そ の 他 の 資 産	年 月 日	年 月 日	交 換 買 換 ・ 収 用 ・ 居 住 財 産 その他() 円

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

[illegible]

999-9999

●●県●●市●●1-2-3

あいうえおかきくけこ

■太郎様

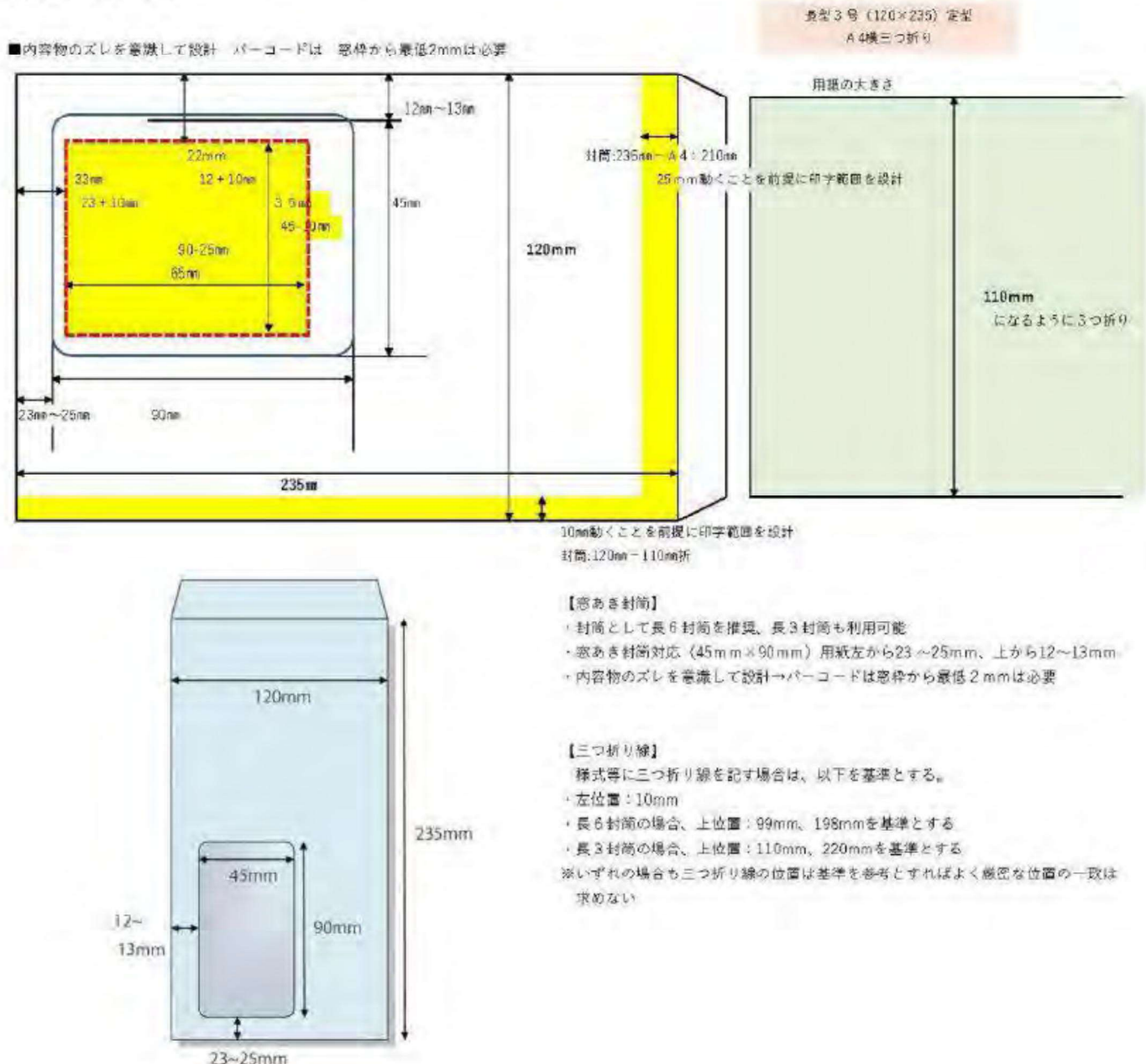
(▲▲花子様分)

|||||

(1234567890)

(参考)宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。

封筒レイアウト



9 9 9 - 9 9 9 9

●●県●●市●● 1-2-3

あいうえおかきくけこ

■■ 太郎 様

(▲▲ 花子 様分)



(1234567890)

●●市介護保険課

123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111

FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

介護保険資格取得・異動・喪失届

〇〇市（町村）長 様

次のとおり届け出ます。

固定文言 1

届出人氏名			本人との 関 係	
届出人住所	〒			
		電話番号		
届出年月日	年 月 日		変更年月日	年 月 日
届出事由				
新住所				
電話番号				
旧住所				
本年1月1日の住所				

資格異動年月日	
取得・異動・喪失	年 月 日

取得事由	喪失事由	異動事由
転入	転出	氏名変更
職権復活	職権喪失	住所変更
65歳到達	死亡	世帯変更
適用除外非該当	適用除外該当	
その他取得	その他喪失	

自由記載 1

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	被保険者番号													備考
			個人番号													
																固定文言 2 + 編集 1

自由記載 2

〇〇市（町村）長 様

固定文言 1

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係		
申請者住所	〒 電話番号		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	個人番号														
	フリガナ												生年月日		
	氏名														
	住所														電話番号

医療保険者名	医療保険被保険者 記 号 番 号
--------	---------------------

自由記載 1

介護保険資格者証

年 月 日

有効期限				
被 保 険 者	番 号			
	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日		性別	
交 付 年 月 日				
要介護状態区分等				
認 定 年 月 日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)				
認 定 の 有 効 期 間		～		
居 宅 サ ー ビ ス 等		区分支給限度基準額		
		～ 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		
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 終了年月日		
		開始年月日 終了年月日		
		開始年月日 終了年月日		
居宅介護支援事業者 若しくは介護予防支 援事業者及びその事 業所の名称又は地域 包括支援センターの 名称	届出年月日			
	届出年月日			
	届出年月日			
介護保険施設等	種 類	入所等年月日		
	名 称	退所等年月日		
	種 類	入所等年月日		
	名 称	退所等年月日		
保険者番号並びに 保険者の名称及び印		●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111 〇〇市（町村） 印		

裏面の注意事項を確認してください。（A4）

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村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 この証の有効期限を経過した場合は、使用することができません。
- 6 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若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しく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市町村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、市町村に届け出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、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 7 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 8 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。）。
- 9 サービス・活動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市町村が定める割合又は市町村が定める額（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。
- 10 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。
- 11 被保険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 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、市町村にその旨を届け出てください。
- 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分を受けます。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村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。

窓空宛名

自由記載 1

(一)

介護保険被保険者証				
被 保 険 者	番 号			
	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日		性別	
交 付 年 月 日				
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		●●市介護保険課 123-45678 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111 〇〇市（町村） 印		

(二)

要介護状態区分等		
認 定 年 月 日		
（事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日）		
認 定 の 有 効 期 間	～	
居 宅 サ ー ビ ス 等	区分支給限度基準額	
	～	
	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
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

(三)

給 付 制 限	内 容	期 間
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称		届出年月日
		届出年月日
		届出年月日
介護保険施設等	種類	入所等年月日
	名称	退所等年月日
	種類	入所等年月日
	名称	退所等年月日

自由記載 1

備考

- 1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の箇所から三つ折とすること。
- 2 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

固定文言1十編集1 (六) 十 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。 十一 被保険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。 十二 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出てください。 十三 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。 十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（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三割である場合は四割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。	(五) 六 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若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しく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市町村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、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。 七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。 八 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。）。 九 サービス・活動事業（第一号事業）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市町村が定める割合又は市町村が定める額（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。	(四) 注意事項 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で介護認定又は要支援認定を受けてください。 二 サービス・活動事業（第一号事業）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。 三 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。 四 サービス・活動事業（第一号事業）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。 五 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。
--	---	---

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険資格者証発行のお知らせ

次のとおり、あなたの資格者証を発行しましたのでお知らせいたします。

固定文言 1

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

同封されています資格者証の内容をご確認ください。

(補足説明文)

固定文言 2 + 編集 1

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険被保険者証発行のお知らせ

次のとおり、あなたの被保険者証を発行しました。お知らせいたします。

固定文言 1

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

同封されています被保険者証の内容をご確認ください。

(補足説明文)

固定文言 2 + 編集 1

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号									
	フリガナ									
	氏 名									
	生年月日									
	住 所 (転出先予定)									
	異動予定日									
前の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。 年 月 日 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 〇〇市（町村）長 印										
認定済 ・ 申請中		申請年月日								
要介護状態区分		認定年月日								
認定の有効期間	から まで有効									
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	()									
介護認定審査会の意見										
備 考	固定文言1 + 編集1									

裏面に注意事項を記入

固定文言2

〇〇市（町村）長 様

固定文言 1

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

[illegible]

*個人番号欄は、1, 3, 4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他（ ）
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

自由記載 1

〇〇市（町村）長 様

＊上記（適用・変更・終了）の該当箇所は、**固定文言1**をつける。
在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名		本人との 関 係	
届出人住所	〒 電話番号		

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										個人番号																								
	フリガナ																				生年月日														
	氏名																				世帯主との続柄														

世帯主	個人番号													
	氏名												生年月日	

異 動 前 情 報	従 前 の 住 所		電話番号
	*異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと		
	施 設	名 称	
		退所(居)年月日	

異 動 後 情 報	現 住 所		電話番号
	*異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと		
	施 設	名 称	
		入 所 (居) 年 月 日	

自由記載 1

窓空宛名
(他市町村担当課)

〇〇市（町村）長

印

介護保険 他市町村住所地特例者連絡票

次の者が本市（町村）所在の住所地特例者**固定文言1**所・入居しましたので、連絡します。

転 入 年 月 日	
入 所（居）年 月 日	

対 象 者	被 保 険 者 番 号				
	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			性 別	
	転 入 前 住 所				
	現 住 所				
	固定文言2 備 考	固定文言3 + 編集1			

入 所 (居) した施設	名 称			
	電 話 番 号		F A X 番 号	
	所 在 地			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メー ル xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名
(他市町村担当課)第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 住所地特例施設変更通知書

次の者が以下のとおり入所（居）施設を変更**固定文言1**で、通知します。

対 象 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	
			性 別	
	現 住 所			
固定文言2 備 考	固定文言3＋編集1			

変 更 年 月 日

変 更 前 施 設	名 称			
	電話番号		F A X 番号	
	所 在 地			
変 更 後 施 設	名 称			
	電話番号		F A X 番号	
	所 在 地			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名
(他市町村担当課)

〇〇市（町村）長

印

介護保険 住所地特例施設退所（居）通知書

次の者が以下のとおり施設を退所（居）しま**固定文言 1**通知します。

対 象 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名	生 年 月 日		
		性 別		
退所（居） 後 住 所				

退所（居）年月日		退所（居）理由	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

施 設	名 称			
	電 話 番 号		F A X 番 号	
	所 在 地			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メー ル xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名
(他市町村担当課)

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 他市町村適用除外者連絡票

次の者が貴市（町村）所在の適用除外施設**固定文言1**にいたりましたので、連絡します。

転 入 年 月 日	
入 所 年 月 日	

対 象 者	被 保 険 者 番 号			
	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	
			性 別	
	転 入 前 住 所			
	現 住 所			
	固定文言2 備 考	固定文言3 + 編集1		

入 所 し た 施 設	名 称			
	電 話 番 号		F A X 番 号	
	所 在 地			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名
(他市町村担当課)

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 適用除外施設変更通知書

次の者が以下のとおり入所施設を変更しました。**固定文言1**和します。

対 象 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	
			性 別	
	現 住 所			
固定文言2 備 考	固定文言3 + 編集1			

変 更 年 月 日

変 更 前 施 設	名 称			
	電話番号		F A X 番 号	
	所 在 地			
変 更 後 施 設	名 称			
	電話番号		F A X 番 号	
	所 在 地			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メー ル xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名
(他市町村担当課)

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 適用除外施設退所通知書

次の者が以下のとおり施設を退所しましたの**固定文言 1**です。

対 象 者	被保険者番号				
	フリガナ			生年月日	
	氏 名			性 別	
	退 所 後 住 所				

退 所 年 月 日		退 所 理 由	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

施 設	名 称			
	電話番号		F A X 番 号	
	所 在 地			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

様式番号

省令第5条第22号関係
適合基準日：令和8年4月1日
第 号
年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

賦課年度 納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

賦課年度 年度分（ 調定年度 年度調定分）の介護保険料額決定通知書（ 固定文言1＋編集1 ）の納入通知書として通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
生 年 月 日		性 別	
住 所			

決 定 年 月 日	
決 定 理 由	

年間保険料額				
これから保険料納付方法等				
保 険 料 徴 収 方 法				
特 別 徴 収 義 務 者				
特 別 徴 収 対 象 年 金				

月	期別	保険料額		普通徴収の場合の納期限
		特別徴収	普通徴収	
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
計				
合計額				

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。
なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

固定文言2

保険料算定の基礎

期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③（②×①／12）	減免額 ④	減免後保険料額 ③－④
～						

保険料段階の算出根拠

固定文言3＋編集2

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額

※介護保険法施行令附則第二十四条及び第二十五条の規定適用後のもの（住民税における課税区分や合計所得金額とは異なる場合があります。）

固定文言4

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

金融機関	自由記載1		
口座種目		口座番号	
口座名義人			

- ・〇〇銀行等
- ・××市役所等

（お問合せ先）●●市介護保険課

住 所

123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号

987-6543-2111

FAX番号

123-456-7890

メール

xxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**〔都道府県名〕** 介護保険審査会（**〔都道府県郵便番号〕** **〔都道府県住所〕** 電話：**〔都道府県電話番号〕**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

不服の申立て及び取消訴訟

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**〔市町村名1〕** を被告として（訴訟において**〔市町村名2〕** を代表する者は **〔市町村長氏名〕**）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

賦課年度 納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収額変更通知書、特別徴収中止通知書

賦課年度 年度分（ 調定年度 年度調定分）の介護保険料額が次のとおり変更しましたので通知します。

固定文言1＋編集1

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			

変更年月日	
変更理由	

年間保険料額	月	期別	変更前の保険料額		変更後の保険料額		普通徴収の場合の 納期限
			特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	
これまでの保険料納付等	4月						
	5月						
	6月						
	7月						
	8月						
	9月						
	10月						
	11月						
	12月						
	1月						
	2月						
	3月						
これからの保険料納付等	計						
	合計額						
	差引増減額						
保険料徴収方法							
特別徴収義務者							
特別徴収対象年金							

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。
なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

固定文言2

保険料算定の基礎

	期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①/12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③－④
(変更前)	～						
(変更後)	～						

保険料段階の算出根拠

固定文言3＋編集2

	本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額
(変更前)						
(変更後)						

※介護保険法施行令附則第二十四条及び二十五条の規定適用後のものとは異なる場合があります。

固定文言4

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

金融機関名	自由記載1		
口座種目		口座番号	
口座名義人			

- ・〇〇銀行等
- ・××市役所等

(お問合せ先) ●●市介護保険課 住所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890 メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、〔都道府県名〕 介護保険審査会（〔都道府県郵便番号〕 〔都道府県住所〕 電話：〔都道府県電話番号〕）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求を怠ったことによる損害賠償を請求する訴えと併せて提起することができます。この訴えにおいて〔市町村名2〕を代表する者は〔市町村長〕、〔市町村名1〕を被告として（訴訟において〔市町村名2〕を代表する者は〔市町村長〕）提起することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

(表面の続き)

保険料算定の基礎

期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①／12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③－④
～						

保険料段階の算出根拠

固定文言 4＋編集 3

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額

※介護保険法施行令附則第二十四条及び第二十五条の規定適用後のものであり、個人住民税における課税区分や合計所得金額とは異なる場合があります。

固定文言 5

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関名			
口座種目		口座番号	
口座名義人			

普通徴収（納付書払い）の場合の収納場所

・〇〇銀行等

・××市役所等

自由記載 2

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名 1 を被告として（訴訟において 市町村名 2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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。
- 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。
- その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

不服の申立て及び取消訴訟

〇〇市（町村）長 印

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。
 なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

(裏面へ続く)

(表面の続き)

保険料算定の基礎

	期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①/12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③－④
(変更前)	～						
(変更後)	～						

保険料段階の算出根拠

固定文言 4 + 編集 3

	本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額
(変更前)						
(変更後)						

※介護保険法施行令附則第二十四条及び二十五条の規定適用後のもの。住民税における課税区分や合計所得金額とは異なる場合があります。

固定文言 5

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

金融機関名	自由記載 2		
口座種目			
口座番号			
口座名義人			

- ・〇〇銀行等
- ・××市役所等

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名 1 を被告として（訴訟において 市町村名 2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

不服の申立て及び取消訴訟

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

様式番号

省令第5条第26号関係
適合基準日：令和8年4月1日
第 年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

賦課年度 特別徴収開始通知書（仮徴収）

賦課年度 分のあなたの介護保険料を年金から固定文言1で編集して通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
生 年 月 日		性 別	
住 所			

これからの保険料納付方法

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

保険料額

年 金 支 払 月	特別徴収される保険料額
4 月	
6 月	
8 月	
仮徴収額合計	

10月以降の保険料額は、あなたの年間保険料額から4月から8月までに特別徴収された保険料の合計額を差し引いた額になります。
詳しくは別途通知します。

固定文言2

自由記載1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村長を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

〇〇市（町村）長 印

[illegible]

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

口座振替開始（変更）のお知らせ

口座振替開始（変更）の手続が完了しました。つきましては、あなたの介護保険料について
 口座振替を行います。

固定文言 1

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

口座振替開始年月		()		
振 替 口 座	金 融 機 関			
	口 座 種 目		口 座 番 号	
	口座名義人			

・介護保険料の口座振替日は毎月25日です。ただし、振替日が金融機関等の休業日（土・日・祝日・年末年始）に当たる場合は、翌営業日になります。

固定文言 2

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険料減免決定通知書

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
決 定 年 月 日		決 定 した 減 免 額	
減 免 前 保 険 料 額		減 免 後 保 険 料 額	
決 定 理 由			
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メールアドレス xxxxxxxxxxxx@vvy. zzz. aaa

この処分取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**不服の申立て及び取消訴訟**（**市町村名1**を被告として（訴訟において**市町村名2**を代表する者は**市町村長**となります。）提起することができます。）

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険料減免取消通知書

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
減 免 取 消 年 月 日		取 消 し た 減 免 額	
取 消 前 保 険 料 額		取 消 後 保 険 料 額	
取 消 理 由			
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住所

電話番号

メール

123-4567 ●●市●● 1-2-3

987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

xxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

この処分取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**不服の申し立て及び取消訴訟**（**市町村名1**を被告として（訴訟において**市町村名2**を代表する者は**市町村長**となります。）提起することができます。

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険料徴収猶予決定通知書

申請年月日に申請がありました賦課年度、介護保険料の徴収猶予については、次のとおり決定内容と決定しましたので通知します。

固定文言1＋編集1

被保険者番号		被保険者氏名	
徴収猶予決定年月日			
決定理由			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集2		

調定年度	期別	保険料額	徴収猶予期間
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
合	計		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の申立てに対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村名2を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険料徴収猶予取消通知書

承認年月日に承認しました賦課年度 介護保険料の徴収猶予については、次のとおり取り消しましたので通知します。

固定文言1＋編集1

被保険者番号		被保険者氏名	
徴収猶予取消年月日			
取消理由			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集2		

調定年度	期別	保険料額	取消前徴収猶予期限	取消後納期限
合	計			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村名2を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

不服の申立て及び取消訴訟

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険料減免申請のお知らせ

次のとおり、あなたの介護保険料について申請により減額や免除が受けられることがあります。

固定文言1

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

賦課年度	
減免の要件等	
申請期限	
必要なもの	固定文言2

減額や免除を受けられる条件は、以下の通りです。

- ・本人又はその世帯の生計を維持する方が、災害により、住宅、家財等に著しい損害を受けたとき。
- ・生計困難で保険料の負担が難しいとき。

固定文言3＋編集1

減免申請場所

- ・●●市介護保険課

自由記載1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

賦課年度 納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書 兼納付書

賦課年度 年度分（ 調定年度 年度調定分）の介護保険料 固定文言1 + 編集1 として通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			
決定年月日			
決定理由			

年間保険料額

--

これからの保険料納付方法等

保 険 料 徴 収 方 法	
特 別 徴 収 義 務 者	
特 別 徴 収 対 象 年 金	

月	期別	保険料額		普通徴収の場合の納期限
		特別徴収	普通徴収	
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
計				
合計額				

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度4・6・8月も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

固定文言 2

保険料算定の基礎

期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①／12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③－④
～						

保険料段階の算出根拠

固定文言3＋編集2

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額

※介護保険法施行令附則第二十四条及び二十五条の規定適用後のもの。市町村民税における課税区分や合計所得金額とは異なる場合があります。

固定文言4

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関			
口座種目		口座番号	
口座名義人			

自由記載1

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

- ・〇〇銀行等
- ・××市役所等

（お問合せ先） ●●市介護保険課 住 所 123-4567 ●●市●●1－2－3
電 話 番 号 987-6543-2111
F A X 番 号 123-456-7890
メ ー ル xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

不服の申立て及び取消訴訟

納付書部分の帳票詳細要件については、機能・帳票要件に記載の通り、税務システム標準仕様書（収納管理）に準拠する形とし、「課税内容」「税額」等の税務特有の項目名については、適宜保険料に適する項目名に読み替えることとする

様式番号

窓空宛名

第

号

年

月

日

〇〇市（町村）長

印

賦課年度 納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収額変更通知書、特別徴収中止通知書 兼納付書

固定文言1 + 編集1
賦課年度 年度分（ 調定年度 年度調定分）の介護保険料 変更するので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			

変更年月日		
変更理由		

年間保険料額	
これまでの保険料納付等	
保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	
これから保険料納付等	
保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

月	期別	変更前の保険料額		変更後の保険料額		普通徴収の場合の 納期限
		特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
1月						
2月						
3月						
計						
合計額						
差引増減額						

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。
なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度4・6・8月と2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

固定文言2

保険料算定の基礎

	期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①／12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③－④
(変更前)	～						
(変更後)	～						

保険料段階の算出根拠

固定文言3＋編集2

	本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額
(変更前)						
(変更後)						

※介護保険法施行令附則第二十四条及び二十五条の規定適用後のも住民税における課税区分や合計所得金額とは異なる場合があります。

固定文言4

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関名	自由記載1		
口座種目		口座番号	
口座名義人			

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

・〇〇銀行等

・××市役所等

(お問合せ先) ●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電 話 番 号 987-6543-2111

F A X 番 号 123-456-7890

メ ー ル xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

不服の申立て及び取消訴訟

納付書部分の帳票詳細要件については、機能・帳票要件に記載の通り、税務システム標準仕様書（収納管理）に準拠する形とし、「課税内容」「税額」等の税務特有の項目名については、適宜保険料に適する項目名に読み替えることとする

$$999 - 9999$$

●●県●●市●● 1-2-3

あいうえおかきくけこ

■ ■ 太郎 様

(▲▲ 花子 様分)



(1234567890)

固定文言 1

●●市介護保険課

123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111

FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

口座振替開始（変更）のお知らせ

口座振替開始（変更）の手続が完了しましたので、次のとおり、あなたの介護保険料について振替を行います。

被保険者番号		
被保険者氏名		
口座振替開始年月		()
振替 口座	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

固定文言 3

- ・介護保険料の口座振替日は毎月25日です。
ただし、振替日が金融機関等の休業日（土・日・祝日・年末年始）に当たる場合は、翌営業日になります。

固定文言 4

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険料口座振替不能通知書

口座振替により支払っていただくことになっていましたあなたの介護保険料は、次の理由により振替できませんでした。

固定文言1＋編集1

同封の納付書で、 年 月 日までに必ず納めてください。

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

1 振替不能の保険料額

賦 課 年 度		調 定 年 度	
期 別		金 額	
振替できなかった理由			
固定文言2 備 考	固定文言3＋編集2		

2 督促及び延滞金

保険料をこのまま納付されないと、督促状が発送されるほか延滞金が徴収されます。
なお、延滞金は納期限の翌日から納付の日までの期間の日数に応じ、保険料額を基礎として計算した額です。

固定文言4

振替不能となった口座情報

金 融 機 関			
口 座 種 目		口 座 番 号	
口 座 名 義 人	自由記載1		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険料口座再振替通知書

次のとおり、あなたの介護保険料について、年 月 日に口座再振替を行います。

固定文言 1 + 編集 1

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

賦 課 年 度		調 定 年 度	
期 別		再 振 替 金 額	
振 替 口 座	金 融 機 関		
	口 座 種 目		口 座 番 号
	口 座 名 義 人		

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

様式番号

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険料還付（充当）通知書

固定文言 1

あなたの納めた保険料が納め過ぎになりましたので、次のとおり充当した後にお返しします。

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
納め過ぎとなった理由 (過誤納発生事由)			
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

還付する金額		納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳				
過誤納金算出年度 (賦課年度：)		期 別	徴収方法	納めた 金 額	過誤納 金 額	納めるべき 金 額
①納め過ぎた金額（過誤納金額）						固定文言 4 備 考
						固定文言 5 + 編集 2
②他の未納期別へ割り当てする金額 (充当金額)						
③還付加算金						
①－②＋③ お返しする金額（還付金額）						
		合 計				

充当先金額の内訳								
賦課 年度	調定 年度	期別	保険料	保険料 充当金額	督促手数料	督促手数料 充当金額	延滞金	延滞金 充当金額
		普徴 ○期						

還付金の受取方法

お返しする保険料・延滞金を以下の金融機関に振り込みます。

還 付 口 座	金 融 機 関		
	口 座 種 目	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人		
	備 考		

取扱金融機関がない人は介護保険課で
還付金をお返しすることになります。

お持ちいただくもの
① この通知書 ② 印鑑 ③ 被保険者証

(お問合せ先) ●●市介護保険課 住 所 123-4567 ●●市●●1－2－3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890 メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**〔都道府県名〕** 介護保険審査会（**〔都道府県郵便番号〕** **〔都道府県住所〕** 電話：**〔都道府県電話番号〕**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**〔市町村名1〕** を被告として（訴訟において **〔市町村名2〕** を代表する者は **〔市町村長〕** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

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き正当な理由があるとき。

介護保険料還付請求書

記入日： 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

次の被保険者に係る介護保険料過誤納金の還付について請求します。
固定文言 1

被保険者番号											
被保険者氏名											
住 所											
還 付 額				還付加算金額						請 求 額 合 計	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1										

なお、還付については、以下の金融機関口座へ振り込みよう依頼します。
固定文言 4

(請求者)	
フリガナ	
氏 名	
被保険者との続柄	生年月日 年 月 日
〒	
住 所	
電話番号	個人番号
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。	

受 取 口 座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 ☐ 振込口座を指定する									
口 座 振 込 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 農 協 ()		本 店 支 店 ()		種 目		口 座 番 号			
	金融機関コード		店舗番号		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()					
	ゆうちょ銀行		記号				番号			
	フリガナ									
	口座名義人									

前の請求者に介護保険料の還付金の請求及び受領を委任します。
被保険者氏名 自由記載 1
※（請求者）欄には、窓口に来た方の氏名や連絡先等を記入してください。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険料充当通知書

被保険者番号		被保険者氏名	
納め過ぎとなった理由 (過誤納発生事由)			

充当金額

納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳

期 別	徴収方法	納めた 金 額	過誤納 金 額	納めるべき 金 額	固定文言 2 備 考
					固定文言 3 + 編集 1
合 計					

充当先金額の内訳

賦課年度	調定年度	期別	徴収方法	保険料 充当金額	固定文言 4 備 考
					固定文言 5 + 編集 2
合 計					

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メー ル xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載 1

窓空宛名

介護保険料納付証明書

被 保 険 者 番 号	
納 付 義 務 者 氏 名	

あなたが 年以内に支払った介護保険料は、**固定文言 1 + 編集 1**です。

納 付 済 保 険 料 額		
内 訳	普 通 徴 収 分	
	特 別 徴 収 分	
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 2

内 訳	賦 課 年 度	調 定 年 度	徴収方法	期 別	収 納 額
		自由記載 1			

前のとおり介護保険料を納付したことを証明します。
固定文言 4 + 編集 3
発行年月日

〇〇市（町村）長

印

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

55

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

督促状

介護保険料が、本督促状発行日現在、次のとおり滞納になっておりますので、納付について確認の上、窓口又は指定金融機関等に納付してください。

この督促状の指定納期限まで納付されないときは、**固定文言 1**（地方自治法第231条の3の規定により滞納処分を受けることとなります。

また、延滞金及び督促手数料も併せて納付願います。

被保険者番号						
被保険者氏名						
通知書番号						
年度 (調定分)	期別		保険料		本督促の納期限	
固定文言 2 備考	固定文言 3 + 編集 1					

※ 最近納付された方で、この督促状が行き違いに送達された場合は、ご了承ください。

※ 領収証は5年間保存願います。

固定文言 4

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**都道府県名** 介護保険審査会（**都道府県郵便番号** **都道府県住所** 電話：**都道府県電話番号**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**市町村名 1** を被告として（訴訟における**不服の申立て及び取消訴訟**は**市町村長** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

57

不服の申立て及び取消訴訟 この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。） この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村名2を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。 ただし、次の1から3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することができます。 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に訴えなければならぬとき。 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。	収納可能なコンビニエンスストア等のチェーン名称あるいはチェーンロゴ、スマホアプリのサービス名称あるいはサービスロゴを記載 コンビニエンスストア等の店舗では、原則として上記「スマホアプリ」を利用したお支払いはできません。 バーコードの印字がない場合、コンビニエンスストア等ではお取り扱いできません。 バーコードの読み取りが出来ない場合、コンビニエンスストア等ではお取り扱いできません。 （収納代行会社名）とコンビニエンスストア等とは代行業務を行うための「料金収納業務契約」を結んでいます。 収納票のコピー、及びバーコードの写真やスクリーンショットでのお支払いはできません。 自由記載2 eL-QRを印刷している場合は全国の地方税統一QRコード対応金融機関で納付いただけます。eL-QRを印刷していない場合は、（払込み等が可能な取扱店の範囲）のゆうちょ銀行または郵便局で納付いただけます。	
--	---	--

記入日： 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

$$(\overline{\tau} \quad -)$$

住所

フリカナ

誓約者

氏名

電話番号

被保険者との関係

分納誓約書

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

＜分納対象となる保険料＞

分納誓約日

賦課 年度	調定 年度	期別	保険料 未納額	固定文言 2 備 考	賦課 年度	調定 年度	期別	保険料 未納額	固定文言 2 備 考
				固定文言 3 + 編集 1					固定文言 3 + 編集 1
					合計額				

＜納付方法＞

＜分納計画内訳＞

控え

年 月 日

分 納 計 画 書

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

＜分納対象となる保険料＞

分納誓約日 年 月 日

賦課 年度	調定 年度	期別	保険料 未納額	固定文言 1 備 考	賦課 年度	調定 年度	期別	保険料 未納額	固定文言 1 備 考
				固定文言 2 + 編集 1					固定文言 2 + 編集 1
					合計額				

＜分納計画内訳＞

[illegible]

＜納付方法＞

自由記載 1

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

取引状況等の照会について
(預貯金等関係用)

ご多忙のところ恐縮ですが、介護保険法に規定する介護保険料の滞納処分のため、必要がありますので、下記の照会対象者に係る取引状況等をお調べの上、ご回答願います。

なお、回答につきましては、「回答書」に記入の上、照会内容に関する関係資料を添付していただくなどして、ご回答願います。

※ この照会は、以下の規定に基づくものです。

根拠法令

記

1 照会対象者及び照会対象期間

(1) 照会対象者（①預貯金者等の名義は異なるが以下の者と同一人の可能性がある者、②住所は相違するが氏名・生年月日等から同一人の可能性がある者を含む。）

住 所			
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名			
固定文言3 備考	固定文言4＋編集2		

(2) 照会対象期間（自） _____ ～ （至） _____

2 取引状況等（照会内容）（■又はレ点の項目のみ）

- ☐ ① 顧客基本情報（氏名、住所等顧客管理のため登録されている情報並びに預貯金、融資等全ての取引の種類及び取引開始年月日）
- ☐ ② 回答作成時点の取引商品ごとの残高
- ☐ ③ _____ 現在の取引商品ごとの残高
- ☐ ④ 直近 _____ か月分の取引履歴等（解約口座など過去に取引のあった場合を含む。）
- ☐ ⑤ 照会対象期間の取引履歴等（解約口座など過去に取引のあった場合を含む。）
- ☐ ⑥ 融資取引がある場合、融資に係る担保物件（預貯金、有価証券、不動産、保証人等）の明細（種類、金額、名義人、保証額、保証人の氏名、住所等）
- ☐ ⑦ 貸金庫・保護預り取引がある場合、契約者名、代理人名、契約者等の住所・所在地及び契約年月日
- ☐ ⑧ _____ 現在の貸金庫・保護預り取引の有無。取引がある場合、契約者名、代理人名、契約者等の住所・所在地及び契約年月日
- ☐ ⑨ 保険・年金商品取引の媒介の有無。取引がある場合、取扱保険会社名（取扱営業所名を含む。）
- ☐ ⑩ 出資（協同組織金融機関に限る。）の状況
- ☐ ⑪ その他 [_____]

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載1
照会対象者の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

照会対象者一覧表

項番	氏 名	フリガナ	生年月日	住 所	該当 有無	備 考
					有・無	固定文言 1 + 編集 1
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	

(注) 回答に当たって、照会対象者ごとに、取引ありの場合は有に○を、取引なしの場合は無に○を記載願います。

①預貯金者等の名義は異なるが同一人の可能性がある者、②住所は相違するが氏名・生年月日等から同一人の可能性がある者の場合についてもご回答願います。

固定文言 2

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

年金の支給について（照会）

下記の方の介護保険料滞納処分のため必要となる照会日現在における年金等の支給の状況を回答欄にご記入の上、ご回答ください。

固定文言 1

記

照会対象者	フリガナ			
	氏 名			性 別
	住 所			
	生年月日			
	基礎年金番号 ・年金コード			
照会の根拠条項				
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 1		

※基礎年金番号・年金コードはわかる場合のみ記載しています。

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-4567890 メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

年 月 日

〇〇市（町村）長 様

日本年金機構
中央年金センター長
（公印省略）

年金の支給について（回答）

基礎年金番号 ・年金コード					—							—				
年金受給の有無	有 ・ 無															
直近の支給年月日 ・支給決定額	年 月 日・支給決定額（円） （うち特別徴収額（介護 円・国保 円・後期 円 住民税 円・所得税 円））															
振込先金融機関	（銀行・信金・信組・農協）／ゆうちょ										（本・支店）／店					
口座名義人	照会対象者欄のフリガナと相違の場合（ ）															
口座種別 ・口座番号	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ／ 口座番号															
担保設定の有無	有 ・ 無															
差押の有無	有（差押権者： ） ・ 無															
備 考																

固定文言 4

情報提供業務グループ
担当：

自由記載 1

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

差 押 調 書

次の滞納介護保険料が、督促状を発した日から起算して10日を経過した日までに完納されていないことから、当該滞納介護保険料等を徴収するため、以下の財産を差し押さえたので、この調書を作成します。

（根拠法令 — 根拠法令）

固定文言1＋編集1

なお、この差押え後は以下の財産の取立てその他の処分をすることができません。

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
滞 納 金 額	(内訳は別紙明細書のとおり)			
差 押 財 産				
固定文言2 備 考	固定文言3＋編集2			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

差 押 通 知 書

次の滞納介護保険料等を徴収するため、以下の財産を差し押さえます。

（根拠法令 — 根拠法令）

固定文言 1 + 編集 1

債権が差押の対象となっている場合、この通知を受けた後は、債権者に支払ってもその支払は無効です。以下の履行期限までに当市（町村）に支払ってください。

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
滞 納 金 額	（内訳は別紙明細書のとおり）			
差 押 財 産				
差押年月日				
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2			

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名 1 を被告として（訴訟において市町村名 2 を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

差 押 解 除 通 知 書

以下の財産の差押えを解除します。（根拠は、**固定文言1+編集1**）

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
差 押 財 産				
差押年月日				
固定文言2 備 考	固定文言3+編集2			

自由記載1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

参 加 差 押 書

次のとおり、滞納金額を徴収するため、財産を参加差押えします。
 （根拠法令 ― 根拠法令）

固定文言 1 + 編集 1

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
滞 納 金 額	(内訳は別紙明細書のとおり)			
参 加 差 押 財 産				
	差 押 年 月 日			
	執 行 機 関 名			
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2			

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

参 加 差 押 通 知 書

次の滞納介護保険料が、督促状を發した日から起算して10日を経過した日までに完納されていないことから、当該滞納介護保険料等を徴収するため、既に滞納処分による差押えがされているあなたの以下の財産について、参加差押えをしましたので、通**固定文言1 + 編集1**
(根拠法令 - **根拠法令**)

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
滞 納 金 額	(内訳は別紙明細書のとおり)			
参 加 差 押 財 産				
	差 押 年 月 日			
	執 行 機 関 名			
固定文言2 備 考	固定文言3 + 編集2			

(お問合せ先)

●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**都道府県名** 介護保険審査会（**都道府県郵便番号** **都道府県住所** 電話：**都道府県電話番号**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**市町村名1** を被告として（訴訟における**不服の申立て及び取消訴訟**は**市町村長** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

参加差押解除通知書

以下の財産の差押えを解除します。(根拠法令) 固定文言1+編集1

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
参 加 差 押 財 産				
	差 押 年 月 日			
	執 行 機 関 名			
固定文言2 備 考	固定文言3+編集2			

自由記載1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

交 付 要 求 書

次のとおり滞納金額を徴収するため、交付要求します。
 （根拠法令 — 根拠法令） 固定文言 1 + 編集 1

滞 納 者	住（居）所			
	被 保 険 者 番 号		氏 名	
滞 納 金 額		(内訳は別紙明細書のとおり)		
交付要求に係る 財産又は事件名等				
		差 押 年 月 日		
		執 行 機 関 名		
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 2		

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

交付要求通知書

次のとおり滞納金額を徴収するため、交付要求しましたので、通知します。
(根拠法令 — 根拠法令)

固定文言 1 + 編集 1

滞 納 者	住（居）所			
	被 保 険 者 番 号		氏 名	
滞 納 金 額		(内訳は別紙明細書のとおり)		
交付要求に係る 財産又は事件名等				
		差 押 年 月 日		
		執 行 機 関 名		
交 付 要 求 年 月 日				
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 2		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名
介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることが
できます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起
算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月
以内に、市町村名 1 を被告として（不服の申立て及び取消訴訟 する者は 市町村長 となります。）提起
することができます。

ただし、次の1から3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
提起することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

交 付 要 求 解 除 通 知 書

次のとおり交付要求を解除しますので、通知します。
 （根拠法令 — 根拠法令） 固定文言 1 + 編集 1

滞納者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
交付要求に係る財産又は事件名等				
		差押年月日		
		執行機関名		
交付要求年月日				
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 2		

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

債権現在額申立書

交付要求（参加差押）をした介護保険料の現在額は、次のとおりです。
 （根拠法令 — 根拠法令） 固定文言1＋編集1

滞納者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
滞納金額		(内訳は別紙明細書のとおり)		
交付要求に係る財産又は事件名等				
交付要求 (参加差押) 年月日				
固定文言2 備考		固定文言3＋編集2		

自由記載1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

配 当 計 算 書

次のとおり換価代金等を配当する為、この計算書を作成します。
(根拠法令 ― 根拠法令)

固定文言1＋編集1

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
受 入	換価財産等の名称、数量、性質及び所在			金額
支 払	債権者の住所（所在地）及び氏名（名称）		配当 順位	配当金額
	首長が確認した債権額			
滞 納 処 分 費				
残余金（滞納者へ交付）				
換 価 代 金 等 の 交 付	期 日			場 所
固定文言2 備 考	固定文言3＋編集2			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890 メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、〔都道府県名〕 介護保険審査会（〔都道府県郵便番号〕 〔都道府県住所〕 電話：〔都道府県電話番号〕）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、〔市町村名1〕 を被告として（訴訟において 〔市町村名2〕 を代表する者は 〔市町村長〕 とあります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

なお、地方税法第19条の4第1項第4号の規定により、換価代金等の配当処分に関し欠陥があることを理由とする審査請求は、換価代金等の交付期日後はすることができません。

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

充 当 通 知 書

あなたの財産に対し交付要求により配当を受けた金額については
 充当年月日に次のとおりに充当しましたので通知します。（根拠法令 ― 根拠法令）

滞納者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
交付要求（参加差押）先執行機関			交付要求（参加差押）・差押年月日	
受 入 金 額		受入金の充当年月日		受入金を充当した金額
滞納者に交付すべき金額			充当した介護保険料等（内訳は別紙明細書のとおり）	
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 2		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名 1 を被告として（訴訟における原告は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

充 当 明 細

住（居）所			
被保険者番号		氏 名	

賦課 年度	調定 年度	期別	納期限	法定納期限等	保険料充当額	保険料滞納残額	延滞金	延滞金滞納残額	固定文言 1 備 考
									固定文言 2 + 編集 1
小 計									

備考

固定文言 3 + 編集 2

充当額合計

充当額総合計

充当後の滞納残額

年 月 日

未 納 明 細

住（居）所	
被保険者番号	
氏 名	

延滞金計算日

賦課 年度	調定 年度	期別	納期限	法定納期限等	保険料	延滞金	固定文言 1 備 考
							固定文言 2 + 編集 1
小 計							

備考
固定文言 3 + 編集 2

合計	
----	--

総合計

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

納期限変更告知書

あなたの介護保険料について、次のとおり納期限を繰り上げますので、指定の期日までに納付してください。

（根拠法令 ― 根拠法令）

固定文言1＋編集1

被 保 険 者	住（居）所				
	被保険者番号		氏 名		
繰上徴収に係る徴収金額					
賦課年度	調定年度	期別	変更前納期限	保険料	固定文言2 備考
					固定文言3＋編集2
変 更 後 納 期 限					
繰上徴収する理由					
固定文言4 備 考		固定文言5＋編集3			

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1－2－3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名 1 を被告として（訴訟において 市町村名 2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

換 価 猶 予 通 知 書

あなたの滞納介護保険料等について、換価猶予しましたので通知します。なお、分納計画は確実に履行してください。履行しない場合には猶予を取り消し、**固定文言1+編集1**ことになります。

（根拠法令 ― **根拠法令**）

被 保 険 者 番 号						
被 保 険 者 氏 名						
換 価 猶 予 申 請 額		(内訳は別紙明細書のとおり)				
猶 予 期 間		～ 日間				
該 当 条 項						
申 請 理 由						
担 保 提 供		担保の種類（担保提供無の場合はその理由）				
納 付 計 画	回	年 月 日	金 額	回	年 月 日	金 額

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**都道府県名** 介護保険審査会（**都道府県郵便番号** **都道府県住所** 電話：**都道府県電話番号**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、**市町村名1** を被告として（訴訟において **市町村名2** を代表する者は **市町村長** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

換 価 猶 予 取 消 通 知 書

換価猶予決定年月日 付けで換価の猶予をしたあなたの介護保険料については、次のとおり換価の猶予を取り消しましたので、直ちに納付していただくため、通 **固定文言 1 + 編集 1**
(根拠法令 — 根拠法令)

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 氏 名	
換 価 猶 予 取 消 額	(内訳は別紙明細書のとおり)
取 消 とな った 猶 予 期 間	～ 日間
取 消 事 由	

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**都道府県名** 介護保険審査会（**都道府県郵便番号** **都道府県住所** 電話：**都道府県電話番号**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**市町村名 1** を被告として（訴訟にお **不服の申立て及び取消訴訟** は **市町村長** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

滞 納 処 分 停 止 通 知 書

次の滞納金額について、あなたの現況に鑑み以下の該当条項の規定により一時滞納処分の執行を停止することにしたので通知します。

ついては、速やかに資力の回復に努力され、自主的に納付されますよう期待いたします。

なお、資力が回復し納付を履行し得る状態に至ったにもかかわらず履行がない場合は、停止処分を取り消して滞納処分を再開しなければならないことになりますので申し添えます。

（根拠法令 — 根拠法令）

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
滞 納 金 額	(内訳は別紙明細書のとおり)			
該 当 条 項				

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

滞 納 処 分 停 止 取 消 通 知 書

〔執行停止年月日〕付けで滞納処分の執行を停止したあなたの滞納介護保険料等について、その処分を取り消したので通知します。
固定文言 1 + 編集 1
(根拠法令 ー 根拠法令)

滞 納 者	住（居）所			
	被保険者番号		氏 名	
滞 納 金 額	(内訳は別紙明細書のとおり)			
取 消 事 由 等				

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、〔都道府県名〕介護保険審査会（〔都道府県郵便番号〕〔都道府県住所〕 電話：〔都道府県電話番号〕）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、〔市町村名 1〕を被告として（訴訟における原告は〔市町村長〕となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

介護保険
本店・支店等照会

第 年 月 日

〇〇銀行 様

〇〇市（町村）長

印

介護保険法第203条の規定に基づく調査について（依頼）

保険給付の適正な給付のために必要がありますので、介護保険法第203条の規定に基づき、別紙の（第 号）～（第 号）記載の調査対象者（計 人分）について、貴行本店における預貯金口座の有無、及び口座保有されている場合の残高を照会します。

なお、入手した資料については、当保険者において厳秘資料として扱いますので念のため申し添えます。

※厚生労働省介護保険課長通知「金融機関本店・支店等照会の実施について」（〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇〇〇第〇〇号）等を参考にご回答ください。

※調査対象者である特定入所者介護（予防）サービス費の支給申請者、不正受給が疑われる者（以下「申請者等」という。）及び申請者等の配偶者（内縁関係も含む。）からお調査への同意については、書面（同意書）を徴取の上、当保険者において当該書面を保管している旨を申し添えます。また、当該書面の提供依頼があった場合は、その写しを速やかに提供いたします。

（参考）介護保険法第203条第1項

市町村は、保険給付、地域支援事業及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、第一号被保険者の配偶者若しくは第一号被保険者の属する世帯の世帯主その他の固定文言2属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。

〔回答先〕

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

担当部署 ●●市介護保険課

担当者名

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

介護保険

本店・支店等照会

[調査対象者に関する情報]

本人	カナ		カナ		性別	
	氏名		旧姓		生年月日	
	カナ(※1)					
	現住所					
配偶者※2	カナ		カナ		性別	
	氏名		旧姓		生年月日	
	カナ(※1)					
	現住所					

※1 任意記入
※2 内縁関係の者を含む

[参考情報] 調査対象者が保有している預金口座

口座名義人	店舗番号	金融機関支店名	種目	普通	口座番号	
			()			
口座名義人	店舗番号	金融機関支店名	種目	普通	口座番号	
			()			
口座名義人	店舗番号	金融機関支店名	種目	普通	口座番号	
			()			
口座名義人	店舗番号	金融機関支店名	種目	普通	口座番号	
			()			
口座名義人	店舗番号	金融機関支店名	種目	普通	口座番号	
			()			

旧住所	〒
-----	---

[備考]

自由記載 1

様式番号

介護保険

本店・支店等照会

【ゆうちょ銀行用】

第 号

〔調査対象者に関する情報〕

本人	カナ		カナ		性別	
	氏名		旧姓		生年月日	
	カナ(※1)					
	現住所					
配偶者※2	カナ		カナ		性別	
	氏名		旧姓		生年月日	
	カナ(※1)					
	現住所					

※1 任意記入
※2 内縁関係の者を含む

〔参考情報〕 調査対象者が保有している預金口座

名義人名	口座記号		口座番号	
名義人名	口座記号		口座番号	
名義人名	口座記号		口座番号	
名義人名	口座記号		口座番号	
名義人名	口座記号		口座番号	
名義人名	口座記号		口座番号	
名義人名	口座記号		口座番号	

旧住所	〒
-----	---

〔備考〕

自由記載 1

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号													
		被 保 険 者 番 号													
生 年 月 日		個人番号													
住 所	電話番号														
固定文言 1 備 考	固定文言 2 + 編集 1														
〇〇市 (町村) 長 様															
前のおとり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。															
固定文言 3															
年 月 日															
〒															
住所															
申請者															
電話番号															
氏名															

市町村記入欄	
交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	
自由記載 1	

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号													
		被 保 険 者 番 号													
生 年 月 日		個人番号													
住 所	電話番号														
固定文言 1 備 考	固定文言 2 + 編集 1														
〇〇市(町村)長 様															
前のとおり特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者として並び利用者負担額の減額・免除を申請します。															
年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名															

市町村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	
自由記載 1	

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																	
			生年月日																
住所	電話番号																		
固定文言1 備考	固定文言2＋編集1																		
〇〇市(町村)長様																			
前のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。																			
固定文言3																			
年 月 日																			
〒																			
住所																			
申請者																			
電話番号																			
氏名																			

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

交付年月日	備考 自由記載1
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	

訪問介護利用者負担額減額申請書
(障害ホームヘルプサービス利用者等の利用者負担額軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号																	
生年月日		被保険者番号																	
住所	電話番号																		
固定文言1 備考	固定文言2＋編集1																		

〇〇市(町村)長様

前のとおり訪問介護の利用者負担額に係る減額を**固定文言3**

年	月	日																	
		〒																	
住所																			
申請者	電話番号																		
氏名																			

		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

交付年月日	備考 自由記載1			
年月日	(訪問介護の派遣実績等を把握)			
適用年月日				
年月日から	(生計中心者の所得状況等を把握)			
有効期限				
年月日まで				

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

〇〇市（町村）長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																	
		個人番号																	
		生 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 （※）			(※)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		配偶者の有無が「無」の場合、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		個人番号											
	住 所	電話番号												
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	電話番号												
	課税状況	市町村民税												

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			
	☐	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 82.65 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、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 82.65 万円を超え、120 万円以下です。			
	☐	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。			
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（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 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） 円	（ ）※ 円 ※内容を記入してください。	

注意事項

- (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。

自由記載 2

介護保険特定負担限度額認定申請書

(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

[illegible]

市町村記入欄

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書

申請年月日に申請のありました、利用者負担額減額・免除認定については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言1＋編集1

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

決定年月日	
-------	--

決定事項	
1 承認する	適用年月日 (承認内容) 有効期限
2 承認しない	

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村長を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

不服の申立て及び取消訴訟

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

申請年月日に申請のありました、利用者負担額減額・免除認定については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言 1 + 編集 1

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

決定年月日	
-------	--

決定事項	
1 承認する	適用年月日 (承認内容) 有効期限
2 承認しない	

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名
介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟不服の申立て及び取消訴訟する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

申請年月日に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言 1 + 編集 1

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

決定年月日	
-------	--

決定事項	
1 承認する	適用年月日 (承認内容) 有効期限 確認番号
2 承認しない	

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

訪問介護利用者負担額減額認定決定通知書
(障害ホームヘルプサービス利用者等の利用者負担額軽減措置)

申請年月日に申請のありました、訪問介護利用者負担額減額認定申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言 1 + 編集 1

被保険者番号		被保険者氏名	
決定年月日			
決定事項			
1 承認する	適用年月日 有効期限 負担者番号 受給者番号 (承認内容)		
2 承認しない			

(お問合せ先)
●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険負担限度額認定決定通知書

申請年月日に申請のありました、食費・居住費に係る負担限度額認定については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言1＋編集1

被保険者番号		被保険者氏名	
決定年月日			
決定事項			
1 承認する	適用年月日 有効期限 (承認内容)		
2 承認しない			
固定文言2 備考		固定文言3＋編集2	

課税層に対する特例減額措置者の場合、課税層に対する特例減額措置の要件に該当しなくなった場合には負担限度額認定証を返還する必要があります。

固定文言4

(お問合せ先)

●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●●1－2－3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村名2を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

不服の申立て及び取消訴訟

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険特定負担限度額認定決定通知書 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請)

申請年月日に申請のありました、食費・居住費に係る特定負担限度額認定については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言 1 + 編集 1

被保険者番号		被保険者氏名	
決定年月日			
決定事項			
1 承認する	適用年月日 (承認内容) 有効期限		
2 承認しない			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において市町村長を代表する者は市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3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することができます。

- 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き正当な理由があるとき。

介護保険利用者負担額減額・免除認定証
(表面)

自由記載 1

介護保険利用者負担額減額・免除認定証								
交付年月日								
被 保 険 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日							
	適用年月日	から						
	有効期限	まで						
減 額 ・ 免 除 認 定 事 項		給付率 / 1 0 0						
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市(町村) 印 987-6543-2111						

(裏面)

注意事項

自由記載 1

固定文言 1 + 編集 1

- 一 介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口提出してください。
- 二 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（入院又は入所時の居住又は滞在に要する費用及び食事に関する費用を除く。）から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定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、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 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出てください。
- 五 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。

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証
(特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)

(表面)

自由記載 1

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)							
交付年月日							
被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日						
	適用年月日	から					
	有効期限	まで					
減 額 ・ 免 除 等 認 定 事 項		給付率 / 100					
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市(町村) 印 987-6543-2111					

(裏面)

自由記載 1

注 意 事 項

固定文言 1 + 編集 1

- 一 特別養護老人ホームから指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（以下「指定介護福祉施設サービス等」という。）を受けるときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口へ提出してください。
- 二 指定介護福祉施設サービス等を受けるときに支払う金額は、介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、介護保険特定負担限度額認定証によって指定介護福祉施設サービス等を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、当該介護保険特定負担限度額認定証に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。
- 三 被保険者の資格がなくなったり、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったり、減額・免除等の認定証の有効期限に達したとき、又は特別養護老人ホームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 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出てください。
- 五 不正にこの証を利用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
(表面)

自由記載 1

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)	
交付年月日	
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 (被保険者のみ記載)	
適用年月日	から
有効期限	まで
減額割合	固定文言1+編集1 ／100
被保険者番号並びに被保険者の名称及び印	●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市(町村) 987-6543-2111 印



(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 対象となるサービスは、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス、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第一号訪問介護事業者のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 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）及び宿泊費等、表面に記載されているそれぞれの減額割合により軽減されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなく、かつ、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、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 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出てください。
- 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。

固定文言2＋編集2

自由記載 1

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（特例措置対象者）
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）
（表面）

自由記載 1

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）	
交付年月日	
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 （被保険者のみ記載）	
適用年月日	から
有効期限	まで
減額割合	固定文言 1 + 編集 1 ／ 1 0 0 （居住費については 1 0 0 ／ 1 0 0）
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市（町村） 987-6543-2111 印

(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 対象となるサービスは、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護福祉施設サービス、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第一号訪問介護のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業です。
- 三 この確認証は、都道府県に申し出のあった事業者のみ有効です。
- 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）及び宿泊費等、表面に記載されているそれぞれの減額割合により軽減されます。
- 五 介護保険の被保険者の資格がなく、かつ、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、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 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出てください。
- 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。

固定文言2+編集2

自由記載1

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。



訪問介護利用者負担額減額認定証
(表面)



自由記載 1

訪問介護利用者負担額減額認定証 (障害ホームヘルプサービス利用者等の利用者負担額軽減措置)	
交付年月日	
負担者番号	
受給者番号	
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	から
有効期限	まで
減額内容 (給付率)	/ 100
保険者番号 並びに保険者の名称及び印	●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111 〇〇市(町村) 印

(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、この認定証を事業者に提出してください。
- 二 対象となるサービスは、訪問介護、夜間対応型訪問介護、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です。
- 三 前記のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた金額になります。
- 四 介護保険の被保険者の資格がなくなつたとき、軽減の認定の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 五 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 六 不正にこの証を使用した者は、刑により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。

固定文言 1 + 編集 1

自由記載 1

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。



(表面)

自由記載 1

介護保険負担限度額認定証								
交付年月日								
被 保 険 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生 年 月 日							
	適用年月日	から						
	有効期限	まで						
食費の負担限度額		(介護予防)短期入所生活(療養)介護 その他のサービス						
居住費又は滞在費 の負担限度額		ユニット型個室 ユニット型個室的多床室 従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・医療院等) 多床室Ⅰ(特養等) 多床室Ⅱ(老健・医療院) 多床室Ⅲ(老健・医療院等)						
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市(町村) 印 987-6543-2111						

(裏面)

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・医療院等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合に、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口に提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定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、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 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出てください。
- 五 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。

自由記載 1

備考

- 1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 2 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。



(表面)

自由記載 1

介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)		
交付年月日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	適 用 年 月 日	から
	有 効 期 限	まで
食費の特定負担限度額		
居住費の特定負担限度額		ユニット型個室 ユニット型個室的多床室 従来型個室 多床室
保 険 者 番 号 並 び の 名 称 及 び 印	●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市(町村) 987-6543-2111 印	

(裏面)

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特別養護老人ホームの窓口に提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなつたとき、認定の条件に該当しなくなつたとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至つたとき又は特別養護老人ホームを退所したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 五 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。

自由記載 1

- 備考
- 1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
 - 2 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険利用者負担額減額・免除認定更新のお知らせ

次のとおり、あなたの利用者負担額減額・免除認定の有効期間が終了いたします。

固定文言 1

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
認 定 の 有 効 期 間	から まで		
必 要 な も の	固定文言 2		
固定文言 3 備 考	固定文言 4 + 編集 1		

- ・利用者負担額減額・免除認定における有効期間を経過した場合は、利用者負担額に係る減額・免除が受けられませんので、更新の申請を行ってください。
- ・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

固定文言 5

自由記載 1

(お問合せ先)
●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険利用者負担額減額・免除認定更新のお知らせ
（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）

次のとおり、あなたの利用者負担額減額・免除認定の有効期間が終了いたします。

固定文言 1

被保険者番号		被保険者氏名	
認定の有効期間	から まで		
必要なもの	固定文言 2		
固定文言 3 備考	固定文言 4 + 編集 1		

- ・利用者負担額減額・免除認定における有効期間を経過した場合は、利用者負担額に係る減額・免除が受けられませんので、更新の申請を行ってください。
- ・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象更新のお知らせ

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

次のとおり、あなたの社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認の認定の有効期間が終了いたします。

固定文言 1

被保険者番号		被保険者氏名	
認定の有効期間	から まで		
必要なもの	固定文言 2		
固定文言 3 備考	固定文言 4 + 編集 1		

- ・社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認の認定における有効期間を経過した場合は、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減が受けられませんので、**固定文言 5**を行ってください。
- ・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

訪問介護利用者負担額減額認定更新のお知らせ (障害ホームヘルプサービス利用者等の利用者負担額軽減措置)

次のとおり、あなたの訪問介護利用者負担額減額認定の有効期間が終了いたします。

固定文言 1

被保険者番号		被保険者氏名	
認定の有効期間	から まで		
必要なもの	固定文言 2		
固定文言 3 備考	固定文言 4 + 編集 1		

- ・訪問介護利用者負担額減額認定における有効期間を経過した場合は、訪問介護の利用者負担額に係る減額が受けられませんので、更新の申請を行ってください。
- ・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

固定文言 5

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険負担限度額認定更新のお知らせ

次のとおり、あなたの負担限度額認定の有効期間が終了いたします。

固定文言 1

被保険者番号		被保険者氏名	
認定の有効期間	から まで		
必要なもの	固定文言 2		
固定文言 3 備考	固定文言 4 + 編集 1		

- ・負担限度額認定における有効期間を経過した場合は、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定が受けられませんので、更新の申請を行ってください。
- ・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険特定負担限度額認定更新のお知らせ
（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定申請）

次のとおり、あなたの特定負担限度額認定の有**固定文言1**いたします。

被保険者番号		被保険者氏名	
認定の有効期間	から まで		
必要なもの	固定文言2		
固定文言3 備考	固定文言4＋編集1		

- ・ 特定負担限度額認定における有効期間を経過した場合は、食費・居住費に係る特定負担限度額認定が受けられませんので、更新の申請を行って**固定文言5**
- ・ 本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

自由記載1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		確認番号										
		被保険者番号										
生年月日												
住所	電話番号											
固定文言1 備考	固定文言2＋編集1											
〇〇市(町村)長様												
前のおとり離島等地域における特別地域加算に係る固定文言3額の軽減対象の確認を申請します。												
年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名												

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

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	自由記載1
年月日から	
有効期限	
年月日まで	

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減決定通知書

申請年月日に申請のありました、離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言 1 + 編集 1

被保険者番号		被保険者氏名	
決定年月日			
決定事項			
1 承認する	適用年月日 有効期限 確認番号 (承認内容)		
2 承認しない			

(お問合せ先)

●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認証
(表面)

自由記載 1

離島等地域における特別地域加算に係る 利用者負担額軽減確認証							
交付年月日							
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	から						
有効期限	まで						
減額割合	／100						
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市(町村) 987-6543-2111 印						

(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 対象となるサービスは、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護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、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です。
- 三 前記のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた金額になります。
- 四 介護保険の被保険者の資格がなくなつたとき、軽減の認定の要件に該当しなくなつたとき、又は軽減の認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 五 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 六 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。

固定文言1+編集1

自由記載 1

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。

中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		確認番号										
		被保険者番号										
生年月日												
住所	電話番号											
固定文言1 備考	固定文言2＋編集1											
〇〇市（町村）長様												
前のとおり中山間地域等の地域における加算に係る固定文言3額の軽減対象を申請します。												
年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名												

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

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	自由記載1
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減決定通知書

申請年月日に申請のありました、中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減確認申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

固定文言 1 + 編集 1

被保険者番号		被保険者氏名	
決定年月日			
決定事項			
1 承認する	適用年月日 有効期限 確認番号 (承認内容)		
2 承認しない			

(お問合せ先)

●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

不服の申立て及び取消訴訟

中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減確認証

(表面)

自由記載 1

中山間地域等の地域における加算に係る 利用者負担額軽減確認証	
交付年月日	
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	から
有効期限	まで
減額割合	／ 1 0 0
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 ○○市(町村) 印 987-6543-2111



(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 対象となるサービスは、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護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、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です。
- 三 前記のサービスを受けるときに支払う金額は介護費用から介護費用に給付率を乗じた額を引いた金額になります。
- 四 介護保険の被保険者の資格がなくなつたとき、軽減の認定の要件に該当しなくなつたとき、又は軽減の認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 五 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 六 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。

固定文言1+編集

自由記載 1

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。