

市（町村）長 様
（介護保険担当課御中）

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護サービス利用者の非課税年金の受給状況について（照会）

対 象 年			
フ リ ガ ナ		生 年 月 日	
被 保 険 者 氏 名		性 別	
現 住 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

市（町村）長 様
（介護保険担当課御中）

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護サービス利用者の非課税年金の受給状況について（回答）

照会年月日 付けで照会がありました次の者に係る対象年の非課税年金情報について、以下のとおり回答します。

固定文言10編集1

（照会対象者）

対 象 年			
フ リ ガ ナ			
被保険者氏名	生 年 月 日		
	性 別		
現 住 所			

（回答欄）

照会対象者に係る 非課税年金情報の有無	
------------------------	--

（１）非課税年金情報「有」の場合

基 礎 年 金 番 号		情 報 作 成 年 月 日	
年 金 種 別 （コード）		年 金 保 険 者 （コード）	
支 払 額			

対象年の翌年の1月1日時点の当市（区・町・村）内における住所の有無

（２）非課税年金情報「無」の場合又は対象年の翌年の1月1日時点の住所が「無」の場合

※ 以下に転入前住所の記入又は住民票の写しの送付をお願いいたします。

転 入 前 住 所 地	
-------------	--

転入

（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

様式第一号の二（第二十八条の二関係）
（表面）

自由記載 1

介護保険負担割合証								
交付年月日								
被 保 険 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生 年 月 日							
利 用 者 負 担 の 割 合		適 用 期 間						
		開始年月日 終了年月日						
		開始年月日 終了年月日						
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 介護サービス又はサービス・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、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。
- 二 介護サービス又はサービス・活動事業（第一号事業）のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。（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。）
- 三 被保険者の資格がなくなつたとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至つたときには、直ちに、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。
- 六 利用時支払額を三割（「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）を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。

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

介護保険負担割合証発行のお知らせ

次のとおり、あなたの負担割合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	
-------------	--	-------------	--

同封されています負担割合証の内容をご確認ください。

（補足説明文）

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

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 負担割合変更のお知らせ

次のとおり、あなたの負担割合が変更となります**固定文言 1**お知らせいたします。

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

変 更 年 月 日	
変 更 理 由	

利 用 者 負 担 の 割 合	適 用 期 間
	開 始 年 月 日 終 了 年 月 日
	開 始 年 月 日 終 了 年 月 日

固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1
----------------------	----------------------

従前の負担割合証をお持ちの方は以下のとおり提出してください。
ただし、既に提出されている方は、不要です。

固定文言 4 + 編集 2

提出先 : 〇〇市（町村）介護保険課
提出期限 : 年 月 日

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

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書

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

なお、支払方法変更の記載を行いますので、**用立書1** **編集1**

提出先 〇〇市（町村）介護保険課

提出期限	年 月 日
------	-------

【保険料の滞納状況】

(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

この処分の取消しを求める訴えは、**不服の申立て及び取消訴訟**（市町村長を被告として（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。）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

介護保険給付の支払一時差止予告通知書

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

期 日 年 月 日

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

差止めの対象となるサービス :

差止めの対象となる給付額 :

【保険料の滞納状況】

(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

弁明の機会を付与する通知

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

弁明の機会を付与する通知

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険給付の支払一時差止通知書

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

期 日 年 月 日

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

差止めの対象となるサービス	:
差止めの対象となる給付額	:

この通知により、保険給付の支払の一時差止が行われた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合にはこの措置を中止することになりますので、**固定文言 2 + 編集 2**を速やかに被保険者証を添えて、〇〇市(町村)介護保険課に申し出てください。

【保険料の滞納状況】

(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

介護保険滞納保険料控除予告通知書

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

年 月 日付 第 号で、あなたの保険給付について一時差止めを行い、その後も納付をお願いしていたところですが、いまだに介護保険料が納付されていません。保険料が滞納のままですと、制度の運営に重大な支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し、一時差止めの対象となっている介護給付費から滞納保険料を控除する措置が定められています。

固定文言 1 + 編集 1

【一時差止めの給付費の内容 (A)】

利用月	サービスの種類	給付額
合	計	

【控除保険料額（ ）】

年度	期別	保険料額	控除保険料額	納期限
合	計			

滞納保険料控除後の保険給付費支給額 (A-)

(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

弁明の機会を付与する通知

弁明の機会を付与する通知

弁明書提出期限 年 月 日

窓空宛名

第 号

年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険滞納保険料控除通知書

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

したがって、介護保険法第67条第3項の規定に基づき、次のとおり、あなたの、一時差止め対象となっている保険給付から保険料を控除することに決定しました。

〇〇市（町村）介護保険課

年 月 日

【一時差止めの給付費の内容 (A)】

利用月	サービスの種類	給付額
合	計	

【控除保険料額（ ）】

年度	期別	保険料額	控除保険料額	納期限
合	計			

滞納保険料控除後の保険給付費支給額 (A-)

※なお、滞納保険料控除後の保険給付費支給額に記載がある場合は、指定金融機関等の通帳をお持ちください。

(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

給付制限における保険料の滞納状況

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

賦課年度	調定年度	期別	保険料額	固定文言 1 備考
				固定文言 2 + 編集 1
合計				

($\neq$)

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険給付額減額予告通知書

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

年 月 日にあなたは、（要介護（更新）認定・要支援（更新）認定・要介護認定区分変更認定）申請をしました
が、あなたの介護保険料は次のとおり未納となっており、既に消滅時効に係っているため、遡って納めていただく
ことはできません。

保険料未納の方に対し、通常保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第69条
第1項の規定により、以下の期間につき保険給付額の減額及び高額介護（予防）サービス費及び高額医療合算（予防）
サービス費及び特定入所者介護（予防）サービス費の支給を行わないこととなりますので予告します。

なお、災害及びその他の特別の事情等が発生した場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、速やか
に〇〇市（町村）介護保険課に届出をしてください。

給付額減額措置の算定根拠

給付額減額期間
() = 保険料徴収権消滅期間 × $\frac{\text{保険料徴収権消滅期間}}{\text{保険料徴収権消滅期間} + \text{保険料納付済期間}} \times \frac{1}{2} \times 12$

徴収権消滅期間：（未納・時効消滅額／年賦課額）＋（未納・時効消滅額／年賦課額）＋・・・＝

納付済期間：（納付額／年賦課額）＋（納付額／年賦課額）＋・・・＝

年度	未納・時効消滅額	納付額	年賦課額

※上表は年 月 日現在の収納状況です。行き違いに納入された場合には、速やかに申し出てください。

（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

弁明の機会を付与する通知
この通知内容について異議がある場合には、弁明をすることができますので、以下の提出期限までに別紙弁明書
を提出してください。

弁明の機会を付与する通知

弁明書提出先 〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号
弁明書提出期限 年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険給付額減額通知書

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

年 月 日にあなたは、（要介護（更新）認定・要支援（更新）認定・要介護認定区分変更認定）申請をしました
が、あなたの介護保険料は次のとおり未納となっており、既に消滅時効に係っているため、遡って納めていただく
ことはできません。

保険料未納の方に対し、通常の保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第69条
第1項の規定により、以下の期間につき保険給付額の減額及び高額介護（予防）サービス費及び高額医療合算（予防）
サービス費及び特定入所者介護（予防）サービス費の支給を行わないことに決定しましたので通知します。

なお、災害及びその他の特別の事情等が発生した場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、速やか
に〇〇市（町村）介護保険課に届出をしてください。

固定文言 1 + 編集 1

給付額減額の措置を行う期間 ~

給付額減額措置の算定根拠

給付額減額期間
() = 保険料徴収権消滅期間 × $\frac{\text{保険料徴収権消滅期間}}{\text{保険料徴収権消滅期間} + \text{保険料納付済期間}} \times \frac{1}{2} \times 12$

徴収権消滅期間：（未納・時効消滅額／年賦課額）＋（未納・時効消滅額／年賦課額）＋・・・＝

納付済期間：（納付額／年賦課額）＋（納付額／年賦課額）＋・・・＝

年度	未納・時効消滅額	納付額	年賦課額

（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が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 1 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。

介護保険給付制限処分弁明書

〇〇市（町村）長 様

給付制限種類 処分について、次のとおり弁明します。 **固定文言 1 + 編集 1**

フリガナ 被保険者氏名		提出年月日	年 月 日									
		被保険者番号										
生 年 月 日												
住 所	電話番号											
弁 明 の 理 由	1 公費負担医療の受給 2 災害 3 重大な障害又は長期入院 4 その他											
	固定文言 2											

添 付 書 類	自由記載 1
---------	---------------

添付書類について

1 公費負担医療の受給	・・・その事実が証明できる書類	固定文言 3
2 災害	・・・り災証明書等	
3 重大な障害又は長期入院		
4 その他	・・・その事由が証明できるもの	

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険給付制限解除通知書

年 月 日に通知しました介護保険の給付制限の措置の決定について、以下の理由により、給付制限の解除をしましたので、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	
給付制限の区分			
給 付 制 限 の 解 除 理 由			

なお、介護保険被保険者証の給付制限の記載を消除しますので、速やかにこの通知書及び被保険者証を〇〇市（町村）介護保険課に提出してください。

固定文言2＋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)長様

次のとおり申請します。

申請年月日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号									
	医療 保険	保険者名									保険者番号									
		被保険者 記号・番号	記号								番号						枝番			
	フリガナ										生年月日									
	氏名										性別									
	住所																			
			電話番号																	
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		有効期限												から			
			※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入		転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日															
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地								期間									
								～												
介護保険施設等の名称等・所在地								期間												
								～												
		医療機関等の名称等・所在地								期間										
										～										

提出 代行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)													
	住所	〒													
		電話番号													

主 治 医	主治医の氏名									医療機関名					
	所在地	〒													
		電話番号													

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、〇〇市(町村)が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

自由記載 1

本人氏名

自由記載 2

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市（町村）長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号											
	医療 保険	保険者名											保険者番号											
		被保険者 記号・番号	記号											番号										
	フリガナ												生年月日											
	氏名												性別											
	住所												電話番号											
	前回の要介護 認定の結果等												有効期限 から											
	変更申請の 理由																							
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 ~											
			介護保険施設等の名称等・所在地										期間 ~											
医療機関等の名称等・所在地										期間 ~														
医療機関等の名称等・所在地										期間 ~														

提出 代行 者	名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）									
	住所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所在地	〒 電話番号																					

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、〇〇市（町村）が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、〇〇市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

自由記載 1

本人氏名

自由記載 2

窓空宛名
(医療保険者)

〇〇市(町村)長

印

要介護認定等申請受理通知書

次の者に係る要介護（更新）認定・要支援（更新）認定の申請を受理したので通知いたします。
なお次の者について、介護保険法第68条第1項に規定する滞納保険料等がある場合には、指定期日までに以下のお問合せ先までお知らせください。 **固定文言 1 + 編集 1**

指定期日： 年 月 日

要介護（更新）等の申請を行った者

要 介 護 認 定 等 申 請 者	氏 名													
	性 別													
	生 年 月 日													
	住 所													
	被 保 険 者 番 号													
	個 人 番 号													
	申 請 の 種 類	1. 要介護（要支援）認定申請（新規） 2. 要介護（要支援）認定申請（更新） 3. 区分変更認定申請 4. その他i												
	認 定 申 請 日													

加入している医療保険の状況

保 険 者 の 名 称			
保 険 者 番 号			
被 保 険 者 記 号		被 保 険 者 番 号	

(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
(委託事業者等)第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 要介護認定訪問調査依頼書

要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します 固定文言 1

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号			
	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	
			性 別	
	住 所	電話番号		
入所入院施設				
要介護認定（更新）申請日				
要介護認定調査票提出期限		まで		
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 1		

- 1 要介護認定調査票は、所定の様式又はマークシートにより必ず期限までに提出してください。
 - 2 期限までに調査を完了しない見込みであるときは、〇〇市（町村）介護保険課まであらかじめ報告のうえ、指示を受けてください。
 - 3 この調査を第三者に再委託することはできません。
 - 4 調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
 - 5 調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。
 - 6 本市（町村）が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。
 - 7 上記のほか、本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本市（町村）介護保険条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。
- * 居宅介護支援業者等には介護保険施設含む。

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 診断命令書

〔認定申請日〕にあなたが行った申請について、介護保険法の規定に基づき要介護認定・要支援認定等を行うにあたって、医師の意見を求める必要があるため、以下のとおり受診してください。

固定文言1＋編集1

被保険者番号		被保険者氏名	
診断を行う医療機関	名 称		
	担当医師名		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
診断を受ける日時 あ る い は 期 間			
診断を受ける場所			

- 1 診断を受けるときは、この書類を医療機関に提示してください。
- 2 指定をした日時に診断を受けることができない場合は、診断を受ける医療機関及び〇〇市（町村）介護保険課の両方に必ず連絡してください。
- 3 この診断を受けないときは、介護保険法第27条第10項等の規定により、あなたの要介護認定・要支援認定等の申請が却下されることがあります。

固定文言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

窓空宛名
(医療機関等)

〇〇市（町村）長

印

介護保険 主治医意見書提出依頼書

次の者について同封の「介護保険主治医意見書」を記入のうえ、**主治医意見書提出期限**までにご返送ください。

固定文言 1 + 編集 1

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号			
	フリガナ			
	氏 名	生 年 月 日		
		性 別		
住 所				
		電話番号		
固定文言 2 備 考		固定文言 3 + 編集 2		

固定文言 4

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 主治医意見書作成料請求書

		年		月分		
市 町 村 名			保 険 者 番 号			
被 保 険 者	被保険者 番 号					
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日		性 別			
請 求 医 療 機 関	医療機関 コ ー ド					
	医療機関 名 称					
	所 在 地	電話番号				
作 成 依 頼 日		依 頼 番 号		※		
意 見 書 作 成 日		意 見 書 送 付 日		保険者確認		

※ 印の欄は記入しないでください。

意見書作成料	種 別	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	金 額					円
--------	-----	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	---

診 断 ・ 検 査 費 用	内 訳		点 数			摘 要						
	診断											
	検 査											
	合 計											円

◎太枠は、必ず記入してください。

自由記載 1

請 求 額	意 見 書 料						円
	診断・検査費用						円
	消 費 税						円
	合 計						円

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在 宅	施 設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

市町村が指定医として依頼した場合、意見書を記載するのに必要な診断・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

- 「医師の判断に基づき行う検査の範囲」
- ・胸部単純X線撮影
 - ・血液一般検査
 - ・血液化学検査
 - ・尿中一般物質定性半定量検査

窓空宛名
(認定審査会審査員等)

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護認定審査会開催通知書

以下のとおり、介護認定審査会を開催いたします。

固定文言 1

日 時	
会 場	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 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

認定審査会対象者一覧

合議体番号： 年 月 日 審査 計： 件
合議体名：

No.	性別	年齢	被保険者区分	申請区分	前回		一次判定結果								簡素化			二次判定結果			簡素化
					認定審査会結果	認定有効期間	結果	警告	基準時間	状態の安定性	簡素化判定				可能	除外	予定	結果	認定有効期間	(要介護1)状態像	結果
											前回二次同一	前回期間≧12	状態安定	重度化キワ3分以内							
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			
	(審査会意見等)																	特定疾病			

認定審査会対象者一覧（事務局用）

合議体番号： 年 月 日 審査 計： 件
合議体名：

No.	保険者 番号	被保険者 番号	氏 名	性 別	年 齢	被 保 険 者 区 分	申 請 区 分	前回		一次判定結果								簡素化			二次判定結果			簡素化
								認定 審査会 結果	認定 有効期間	結果	警 告	基準時間	状態の 安定性	簡素化判定				可 能	除 外	予 定	結果	認定 有効期間	(要介護1) 状態像	結果
														前回 二次 同一	前回 期間 ≥12	状態 安定	重度化 キワ 3分 以内							
				(審査会意見等)																	特定 疾病			
				(審査会意見等)																	特定 疾病			
				(審査会意見等)																	特定 疾病			
				(審査会意見等)																	特定 疾病			
				(審査会意見等)																	特定 疾病			
				(審査会意見等)																	特定 疾病			
				(審査会意見等)																	特定 疾病			
				(審査会意見等)																	特定 疾病			

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書

認定申請日にあなたが行った認定等申請について、介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので、認定し通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
認定年月日		認定結果	
認定理由			
介護認定審査会の意見			
認定の有効期間	から まで		
固定文言2 備 考	固定文言3＋編集2		

- ・従前の被保険者証をお持ちの方は以下のお問合せ先に提出してください。
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。
- ・認定の有効期間内であっても、状態の変化等により状態区分の変更をする場合があります。
また、認定変更の申請をすることもできます。
- ・認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援認定に該当すると見込まれるときは、
認定の有効期間の満了の日の60日前から認定の更新の申請をすることができます。
- ・サービスの種類の指定を受けた場合は、状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。
- ・介護認定審査会の意見として、サービスの適切かつ有効な利用等に関する留意事項がある場合には、
被保険者証に記載してあります。

(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

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（訴訟費用は 市町村名1 が負担する）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 要介護・要支援状態区分変更通知書

あなたの要介護状態区分又は要支援状態区分を次のとおり変更します。

固定文言 1

被保険者番号		被保険者氏名	
いままでの要介護・ 要支援状態区分			
これからの要介護・ 要支援状態区分			
変 更 年 月 日			
変 更 理 由			
介護認定審査会の 意 見			
認定の有効期間	から まで		
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

従前の被保険者証をお持ちの方は以下のとおり提出してください。
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

固定文言 4 + 編集 2

提出先：〇〇市（町村）介護保険課
提出期限：年 月 日

（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
(生活保護担当課、福祉事務所等)

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

第2号該当生活保護受給者に係る審査判定結果について

次の者に係る認定審査会にて要介護・要支援**固定文言1**が出ましたので通知します。

対 象 者 番 号		対 象 者 氏 名	
判 定 年 月 日		判 定 結 果	
判 定 理 由			
介護認定審査会の 意 見			
判定の有効期間	から まで		
固定文言2 備 考	固定文言3 + 編集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

省令第5条第135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

介護保険 要介護認定・要支援認定取消通知書

認定年月日に行われた要介護認定・要支援認定を介護認定審査会の審査に従い取り消します。

固定文言1＋編集1

被保険者番号		被保険者氏名	
取消理由			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集2		

従前の被保険者証又は資格者証（暫定被保険者証）をお持ちの方は以下のとおり提出してください。
ただし、既に提出されている方は、不要です。

固定文言4＋編集3

提出先：〇〇市（町村）介護保険課
提出期限：年 月 日

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。

- 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。

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 被保険者証の提出依頼

認 定 年 月 日
 に行われた要介護認定・要支援認定を介護認定審査会の審査に従い、従前の被保険者証又は資格者証（暫定被保険者証）をお持ちの方は次のとおり提出してください。

被 保 險 者 番 号		被 保 險 者 氏 名	
提 出 場 所			
提 出 期 限			

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 要介護認定・要支援認定等却下通知書

認定申請日にあなたが行った介護保険の要介護認定・要支援認定等の申請を却下します。

固定文言1＋編集1

被保険者番号		被保険者氏名	
却下理由			
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~~の提起~~**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。

〇〇市（町村）長 様

申請年月日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号																				個人番号														
	医療 保険	保険者名											保険者番号																						
		被保険者 記号・番号	記号								番号							枝番																	
	フリガナ												生年月日																						
	氏名																																		
	住所		電話番号																																
	現に受けている 要介護・要支援		有効期限 から																																
	新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求めめる旨																																		
	種類指定 変更理由																																		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

自由記載 1

様式番号

省令第5条第139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

介護保険 サービスの種類指定結果通知書

認定申請日にあなたが行ったサービスの種類指定変更申請について、介護認定審査会の判定に基づき、次のとおり認定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	
サービスの種類の指定			
理由			

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、前条第1項第2号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

〇〇市（町村）長

印

要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ

次のとおり、あなたの要介護認定・要支援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	
要 介 護 状 態 区 分			
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		

- ・現在、介護サービスを利用している方が更新をされない場合（有効期間を過ぎた場合）には、これまでのサービスを受けられなくなりますので、ご注意ください。
- ・引き続きご利用される場合は、更新の手続きが必要となりますので、お早めの手続きをお願いいたします。（認定結果が出るまでに30日程度を要しますので、できるだけ有効期間終了の30日前までには申請を済ませてください。）
- ・なお、申請は本人や家族等のほか、地域包括固定文言5や介護保険施設又は居宅介護支援事業者による提出の代行もできます。サービスを利用している方等につきましては、担当ケアマネジャー等とご相談の上、手続きを行ってください。
- ・介護サービスを利用する予定がない方、介護サービスを利用していない方は、今回の更新の申請手続きは必要ございません。なお、介護サービスが必要になったときは、改めて申請することができます。
- ・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

第 年 月 日 〇〇市（町村）長 印 要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ 次のとおり、あなたの要介護認定・要支援認定の有効期間が終了いたします。 固定文言 2 <table><tr><td>被保険者番号</td><td></td></tr><tr><td>被保険者氏名</td><td></td></tr><tr><td>要介護状態区分</td><td></td></tr><tr><td>認定の有効期間</td><td>から まで</td></tr><tr><td>必要なもの</td><td>固定文言 3</td></tr><tr><td>固定文言 4 備考</td><td>固定文言 5 + 編集 1</td></tr></table>		被保険者番号		被保険者氏名		要介護状態区分		認定の有効期間	から まで	必要なもの	固定文言 3	固定文言 4 備考	固定文言 5 + 編集 1	・現在、介護サービスを利用している方が更新をされない場合（有効期間を過ぎた場合）には、これまでのサービスを受けられなくなりますので、ご注意ください。 ・引き続きご利用される場合は、更新の手続きが必要となりますので、お早めの手続きをお願いいたします。 （認定結果が出るまでに30日程度を要しますので、できるだけ有効期間終了の30日前までには申請を済ませてください。） ・なお、申請は本人や家族等のほか、地域包括支援センターや介護保険施設又は居宅介護支援事業者による提出の代行もできます。サービスを利用している方等につきましては、担当ケアマネジャー等とご相談の上、手続きを行ってください。 ・介護サービスを利用する予定がない方、介護サービスを利用していない方は、今回の更新の申請手続は必要ございません。なお、介護サービスが必要になったときは、改めて申請することができます。 ・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 6
被保険者番号														
被保険者氏名														
要介護状態区分														
認定の有効期間	から まで													
必要なもの	固定文言 3													
固定文言 4 備考	固定文言 5 + 編集 1													
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(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														

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険要介護認定結果の情報提供について

情報提供を希望された被保険者の認定結果については、次のとおりです。

固定文言 1

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
認 定 結 果			
要 介 護 ・ 要 支 援 状 態 区 分			
認 定 の 有 効 期 間	から まで		
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 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

省令第5条第143号関係
適合基準日：令和8年4月1日
第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書

認定申請日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等を次のとおり延期しますので、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	
延期理由			
処理見込期間			

（補足説明文）

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

$$999 - 9999$$

●●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

印

介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書

認定申請日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定の決定が通知されますので、通知します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
延 期 理 由	
処 理 見 込 期 間	

固定文言 3

窓空宛名
(委託事業者等)

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 要介護認定訪問調査依頼について

要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します **固定文言 1**

固定文言 2 + 編集 1

- 1 要介護認定調査票は、所定の様式又はマークシートにより必ず期限までに提出してください。
 - 2 期限までに調査を完了しない見込みであるときは、〇〇市（町村）介護保険課まであらかじめ報告のうえ、指示を受けてください。
 - 3 この調査を第三者に再委託することはできません。
 - 4 調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
 - 5 調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。
 - 6 本市（町村）が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。
 - 7 上記のほか、本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本市（町村）介護保険条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。
- * 居宅介護支援業者等には介護保険施設含む。

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 要介護認定訪問調査依頼書（一覧）

1	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ				要介護認定 (更新) 申請日	
	氏名					
	住所	電話番号			要介護認定 調査票提出期限	
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
2	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ				要介護認定 (更新) 申請日	
	氏名					
	住所	電話番号			要介護認定 調査票提出期限	
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
3	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ				要介護認定 (更新) 申請日	
	氏名					
	住所	電話番号			要介護認定 調査票提出期限	
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
4	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ				要介護認定 (更新) 申請日	
	氏名					
	住所	電話番号			要介護認定 調査票提出期限	
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
5	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ				要介護認定 (更新) 申請日	
	氏名					
	住所	電話番号			要介護認定 調査票提出期限	
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
6	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ				要介護認定 (更新) 申請日	
	氏名					
	住所	電話番号			要介護認定 調査票提出期限	
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				

自由記載 1

(/)

窓空宛名
(医療機関等)

第 号
年 月 日

〇〇市(町村)長

印

介護保険 主治医意見書提出依頼について

次の者について同封の「介護保険主治医意見書」を記入のうえ、主治医意見書提出期限までにご返送ください。

固定文言 1

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 主治医意見書提出依頼書（一覧）

1	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ			住所	電話番号	
	氏名					
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
2	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ			住所	電話番号	
	氏名					
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
3	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ			住所	電話番号	
	氏名					
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
4	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ			住所	電話番号	
	氏名					
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
5	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ			住所	電話番号	
	氏名					
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
6	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ			住所	電話番号	
	氏名					
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
7	被保険者番号		生年月日		性別	
	フリガナ			住所	電話番号	
	氏名					
	固定文言 1 備考	固定文言 2 + 編集 1				
自由記載 1 (/)						

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険要介護認定結果の情報提供のお知らせ

情報提供を希望された被保険者の認定結果については、次のとおりです。

固定文言 1

1	被保険者番号		被保険者氏名	
	認定結果		要介護・要支援 状態区分	
	認定の有効期間	から まで		
	固定文言 2 備考	固定文言 3 + 編集 1		
2	被保険者番号		被保険者氏名	
	認定結果		要介護・要支援 状態区分	
	認定の有効期間	から まで		
	固定文言 2 備考	固定文言 3 + 編集 1		
3	被保険者番号		被保険者氏名	
	認定結果		要介護・要支援 状態区分	
	認定の有効期間	から まで		
	固定文言 2 備考	固定文言 3 + 編集 1		
4	被保険者番号		被保険者氏名	
	認定結果		要介護・要支援 状態区分	
	認定の有効期間	から まで		
	固定文言 2 備考	固定文言 3 + 編集 1		
5	被保険者番号		被保険者氏名	
	認定結果		要介護・要支援 状態区分	
	認定の有効期間	から まで		
	固定文言 2 備考	固定文言 3 + 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
(医療機関等)

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険 主治医意見書作成料請求について

作成された「介護保険主治医意見書」の作成料について、同封する「介護保険 主治医意見書提出依頼書（一覧）」を記入のうえ、ご返送ください。

固定文言 1

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在 宅	施 設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

市町村が指定医として依頼した場合、意見書を記載するのに必要な診断・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

「医師の判断に基づき行う検査の範囲」

・胸部単純X線撮影 ・血液一般検査 ・血液化学検査 ・尿中一般物質定性半定量検査

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

様式番号

介護保険 主治医意見書作成料請求一覧

対象年月		年		月分	
市町村名			保険者番号		

請求 医療 機関	医療機関コード		
	医療機関名称		
	所在地	〒 電話番号	

No	被 保 険 者			作成 依頼日	依頼番号	意見書作成料		診 断 ・ 検 査 費 用														請 求 額	意見書料	
	被保険者 番号	生年月日	性別			種 別	在宅／施設	診 断	内 訳	検 査 ①	内 訳	検 査 ②	内 訳	検 査 ③	内 訳	検 査 ④	内 訳	検 査 ⑤	内 訳	検 査 ⑥	内 訳		合 計	点 数
				新規／継続	点 数		点 数		点 数		点 数		点 数		点 数		点 数		点 数		金 額			消 費 税
				氏 名	意見書 作成日		意見書 送付日		金 額		摘 要		摘 要		摘 要		摘 要		摘 要		摘 要			摘 要
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒	
		電話番号	
居宅介護支援事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等		※変更する場合のみ記入してください。	
〇〇市（町村）長 様			
上の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。			
年 月 日			
〒			
住 所			
被保険者		電話番号	
氏 名			

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者の業務範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

（注意） 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。

2 居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複
	☐ 居宅介護支援事業者事業所番号	

自由記載 1

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

										区 分	
										新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生 年 月 日						
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者											
介護予防支援事業所名					介護予防支援事業所の所在地 〒						
					電話番号						
介護予防支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
介護予防支援事業所等を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											

以下は、居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者											
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地 〒						
					電話番号						
居宅介護支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
居宅介護支援事業所等を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											

〇〇市（町村）長 様											
上の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画 固定文言1 依頼することを届出します。											
年 月 日											
〒											
住 所											
被保険者 電話番号											
氏 名											
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援 固定文言2 な範囲で提示することに同意します。											
年 月 日 氏名											

（注意） 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。

2 介護予防サービス計画の作成を**固定文言3＋編集1**事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。

届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複	自由記載 1
	☐ 介護予防支援事業者事業所		

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼の届出に関するお知らせ

次のとおり、あなたは要介護認定・要支援認定等を受けていますが、居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼の届出が行われていません。

居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼の届出が行われないと居宅（介護予防）サービス又はサービス・活動に係る費用を一旦全額自己負担していただくこととなります。

固定文言 1

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
要介護（要支援）等 認 定 日		要 介 護 度 等	
認定の有効期間	から まで		
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

・本通知と行き違いに届出済みの場合には、ご容赦ください。

固定文言 4

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

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給事前申請書

フリガナ			保険者番号										
被保険者氏名			被保険者番号										
			個人番号										
生年月日				要介護度等									
認定有効期間	～												
住所	電話番号												
住宅の所有者	本人との関係（ ）												
改修の内容・箇所及び規模	☐ 1. 手すりの取付け ☐ 2. 段差の解消 ☐ 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ☐ 4. 引き戸等への扉の取替え ☐ 5. 洋式便器等への便器の取替え ☐ 6. 付帯工事					業者名							
						業者連絡先							
						着工予定日	年 月 日						
						完成予定日	年 月 日						
改修予定費用	円												
〇〇市（町村）長 様													
前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防） 固定文言1 の支給を申請します。													
年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係													
代理申請を行う事業所情報	事業所名称												
	事業所種別												

自由記載 1

注意 ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるもの（写真又は簡単な図面）を提出してください。
・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

固定文言 2

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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簡単に登録いただけます。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												
	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種 目		口 座 番 号								
口座振込依頼欄	金融機関コード	店舗	自由記載 2 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												

様式番号

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給事前申請書（受領委任払用）

フリガナ			保険者番号												
被保険者氏名			被保険者番号												
			個人番号												
生年月日					要介護度等										
認定有効期間	～														
住所	電話番号														
住宅の所有者	本人との関係（ ）														
改修の内容・箇所及び規模	☐ 1. 手すりの取付け ☐ 2. 段差の解消 ☐ 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ☐ 4. 引き戸等への扉の取替え ☐ 5. 洋式便器等への便器の取替え ☐ 6. 付帯工事				業者名										
					業者連絡先										
					着工予定日		年 月 日								
					完成予定日		年 月 日								
改修予定費用	円														

〇〇市（町村）長 様	
前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。	
年 月 日	〒
申請者 （受領委任事業所）	所在地 事業所番号
事業所名 代表者氏名	電話番号
上の事業所に居宅介護（予防）住宅改修費の請求及び受領を委任します。	
被保険者氏名	

注意 ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるもの（写真又は簡単な図面）を提出してください。
・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。														
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													

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認（不承認）通知書

申請年月日に申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修の承認については、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	
受付年月日		決定年月日	
工事の内容	☐ 1. 手すりの取付け ☐ 2. 段差の解消 ☐ 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ☐ 4. 引き戸等への扉の取替え ☐ 5. 洋式便器等への便器の取替え ☐ 6. 付帯工事		
施工業者名			
承認可否			
事前承認番号			
改修予定額		支給限度額（残額）	
支給対象予定額		自己負担予定額	
不承認の理由			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集2		

担当の介護支援専門員や地域包括支援センターにも通知を受領した旨のお知らせをお願いします。

固定文言4

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。

様式番号

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給事前申請書

フリガナ			保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号											
			個人番号											
生 年 月 日					要 介 護 度 等									
認 定 有 効 期 間	～													
住 所	電話番号													
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号		製 造 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 名				購 入 予 定 金 額		購 入 予 定 日					
(SVCコード)							円		年 月 日					
(SVCコード)							円		年 月 日					
(SVCコード)							円		年 月 日					
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由														
〇〇市(町村)長 様														
前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防） 固定文言1 購入費の支給を申請します。														
年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名 被保険者との関係														
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称													
	事業所種別													
注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。 ・「福祉用具が必要な理由」については、 固定文言2 具ごとに記載してください。 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。														
給付費を以下の口座に振り込んでください。														
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簡単に登録いただけます。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													

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給事前申請書（受領委任払用）

フリガナ		保 険 者 番 号							
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号							
		個人番号							
生 年 月 日		要 介 護 度 等							
認 定 有 効 期 間	～								
住 所	電話番号								

福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製 造 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 名	購 入 予 定 金 額	購 入 予 定 日
(SAY コード)			円	年 月 日
(SAY コード)			円	年 月 日
(SAY コード)			円	年 月 日

福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由	
------------------------	--

〇〇市(町村)長 様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日	〒	事業所番号
申請者	所在地	
(受領委任事業所)	事業所名	電話番号
	代表者氏名	

上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。
被保険者氏名

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。
・「福祉用具が必要な理由」については、福祉用具ごとに記載してください。
欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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	自由記載 1	番号
	フリガナ			
	口座名義人			

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入承認（不承認）通知書

申請年月日に申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入の承認については、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	
受付年月日		決定年月日	
福祉用具購入種目	福祉用具商品名	販売事業者名	
承認可否			
事前承認番号			
購入予定額		支給限度額（残額）	
支給対象予定額			
自己負担予定額			
不承認の理由			

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（訴訟提起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。

介護保険指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

〇〇市（町村）長 様

医師の医学的所見に基づき、次の利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり届出します。

固定文言1

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名

事業所番号 担当者名

被 保 険 者 番 号											被 保 険 者 氏 名	
住 所	電話番号											
生 年 月 日												
要 介 護 度 等												
認 定 有 効 期 間	～											
認 定 調 査 実 施 日	年 月 日											

【必要な福祉用具の種類】 *必要な貸与品目に○を付けること。

	車いす及び車いす付属品		認知症老人徘徊感知機器
	特殊寝台及び特殊寝台付属品		移動用リフト
	床ずれ防止用具及び体位変換器		自動排泄処理装置

（注） 1．本理由書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合には、再度作成し提出すること。

2．本理由書は、市長に提出するとともに、固定文言2ービス担当者会議の記録とともに、居宅介護（介護予防）支援事業所において保管しておくこと。

[illegible]

様式番号

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書

フリガナ			保 険 者 番 号											
被保険者氏名			被 保 険 者 番 号											
			個 人 番 号											
生 年 月 日					要 介 護 度 等									
認 定 有 効 期 間	～													
住 所	電話番号													
住 宅 の 所 有 者	本人との関係（ ）													
住宅改修先住所	〒													
改 修 の 内 容 ・ 箇 所 及 び 規 模	☐ 1. 手すりの取付け ☐ 2. 段差の解消 ☐ 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ☐ 4. 引き戸等への扉の取替え ☐ 5. 洋式便器等への便器の取替え ☐ 6. 付帯工事						業 者 名							
							業 者 連 絡 先							
							着 工 日		年		月		日	
							完 成 日		年		月		日	
改 修 費 用	円													
改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由														
事前承認番号														
〇〇市（町村）長 様														
前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防） 固定文言1 の支給を申請します。														
年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 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。														
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称													
	事業所種別													

自由記載 1

注意 ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるもの(写真又は簡単な図面)を提出してください。
・工事終了後、住宅改修に要した領収書、工事費内訳書、住宅改修の完成後の状態を確認できる書類を提出してください。
・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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 固定文言3 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													
	銀 行 信用金庫 農 協 ()		本 店 支 店 ()		種 目		口 座 番 号							
口 座 振 込 依 頼 欄	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													

自由記載 2

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書（受領委任払用）

フリガナ			保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号											
			個 人 番 号											
生 年 月 日					要 介 護 度 等									
認 定 有 効 期 間	～													
住 所	電話番号													
住 宅 の 所 有 者	本人との関係（ ）													
住 宅 改 修 先 住 所	〒													
改 修 の 内 容 ・ 箇 所 及 び 規 模	☐ 1. 手すりの取付け ☐ 2. 段差の解消 ☐ 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は 通路面の材料の変更 ☐ 4. 引き戸等への扉の取替え ☐ 5. 洋式便器等への便器の取替え ☐ 6. 付帯工事						業 者 名							
							業 者 連 絡 先							
							着 工 日		年		月		日	
							完 成 日		年		月		日	
改 修 費 用	円													
改修予定費用から 改修費用で変更が あった場合の理由														
事 前 承 認 番 号														

〇〇市（町村）長 様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）**固定文言1**支給を申請します。

年	月	日	〒	事業所番号
申請者	所在地			
（受領委任事業所）	事業所名	固定文言2	電話番号	
	代表者氏名			

上の事業所に居宅介護（予防）住宅改修費の請求及び受領を委任します。

被保険者氏名

注意 ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が
確認できるもの（写真又は簡単な図面）を提出してください。
・工事終了後、住宅改修に要した領収書、工事費内訳書、住宅改修の完成後の状態を確認できる書類を提出してください。
・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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 ()							
			自由記載1									
	ゆうちょ銀行		記号					番号				
	フリガナ											
	口座名義人											

様式番号

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号												
被保険者氏名			被保険者番号												
			個人番号												
生年月日					要介護度等										
認定有効期間	～														
住所	電話番号														
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号		製造事業者名及び 販売事業者名				購入金額		購入日						
(JANコード)							円		年 月 日						
(JANコード)							円		年 月 日						
(JANコード)							円		年 月 日						
福祉用具が 必要な理由															
〇〇市(町村)長様															
前のおとり、関係書類を添えて居宅介護（予防） 固定文言1 購入費の支給を申請します。															
年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 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。															
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称														
	事業所種別														
注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。 ・「福祉用具が必要な理由」については、 固定文言2 具ごとに記載してください。 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。															
給付費を以下の口座に振り込んでください。															
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 固定文言3 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														
自由記載 1															

様式番号

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号												
被保険者氏名		被保険者番号												
		個人番号												
生年月日		要介護度等												
認定有効期間	～													
住所	電話番号													

福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
(SVCコード)			円	年 月 日
(SVCコード)			円	年 月 日
(SVCコード)			円	年 月 日

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

〇〇市(町村)長 様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日	〒	事業所番号
申請者 (受領委任事業所)	所在地 事業所名	電話番号
	代表者氏名	

上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。
被保険者氏名

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。
・「福祉用具が必要な理由」については、福祉用具ごとに記載してください。
欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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	自由記載 1	番号
	フリガナ			
	口座名義人			

(年 月分)

フリガナ			保 険 者 番 号												
被保険者氏名			被 保 険 者 番 号												
			個 人 番 号												
生 年 月 日			要 介 護 度 等												
認 定 有 効 期 間	～														
住 所	電話番号														
申 請 理 由															
支 払 金 額 合 計	円														
○○市（町村）長 様															
前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。															
年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 個人番号															

注意 ・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付ください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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を完了いただけます。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												
	銀行 信用金庫 農協 ()			本店 支店 ()			種 目			口 座 番 号			
口 座 振 込 依 頼 欄	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												

自由記載 1

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（受領委任払用）

（ 年 月分）

フリガナ		保険者番号																	
被保険者氏名		被保険者番号																	
		個人番号																	
生年月日																			
認定有効期間																			
住所																			
電話番号																			
申請理由																			
支払金額合計																			

〇〇市（町村）長 様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。

固定文言1

年 月 日																			
〒																			
所在地																			
申請者																			
(受領委任事業所)																			
事業所名																			
代表者氏名																			
事業所番号																			
電話番号																			
固定文言2																			
上の事業所に居宅介護（予防）サービス費等の請求及び受領を委任します。																			
被保険者氏名																			

注意 ・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付ください。

固定文言3

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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			

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ				保 険 者 番 号													
被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号													
生 年 月 日						要 介 護 度 等											
認 定 有 効 期 間		～															
住 所		電話番号															
支 払 っ た 利 用 者 負 担 額		支払った期間		年 月 日 から		年 月 日 まで											
		支払った利用者負担額		食費		円 ・ 居住費等		円									
施設サービスの 提供を受けた 介護保険施設の 所在地及び名称		〒 電話番号															
負 担 限 度 額 認 定 証	交 付 さ れ て い る 場 合	交 付 年 月 日		年 月 日		適 用 年 月 日		年 月 日									
		認定証を提出で きなかつた理由															
	交 付 さ れ て い な い 場 合	交 付 申 請 を し な か っ た 理 由															
〇〇市（町村）長 様																	
前のとおり、関係書類を添えて特定入所者介護（介護予防）サービス費又は特例特定入所者介護（介護予防）サービス費の負担額の差額支給を申請します。 固定文言 1																	
年 月 日 〒 申請者 住所 氏名 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。																	

注意 ・ この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付ください。

固定文言 2

給付費を以下の口座に振り込んでください。

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指定いただけます。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 固定文言 3														
	銀 行 信用金庫 農 協 ()		本 店 支 店 ()		種 目		口 座 番 号								
口 座 振 込 依 頼 欄	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														

自由記載 1

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費に固定文言1+編集1決定しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
サービス提供年月							
受付年月日				決定年月日			
本人支払額							
支給可否				支給金額			
不支給の理由							
振込口座	金融機関						
	口座種目			口座番号			
	口座名義人						
振込予定日							

改修の内容							
改修金額				支給対象基準額			
窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	自由記載1		支払場所		
					支払期間		

(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~~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 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費は固定文言1で編集1決定しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
サービス提供年月							
受付年月日				決定年月日			
本人支払額							
支給可否				支給金額			
不支給の理由							
振込口座	金融機関						
	口座種目			口座番号			
	口座名義人						
振込予定日							

福祉用具	種目	購入金額	
		支給対象基準額	
窓口払	お持ちいただくもの	自由記載1	支払場所
			支払期間

（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~~不~~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

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給（不支給）決定通知書（償還払用）

申請年月日に申請のありました給付費について、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			
サービス提供年月							
受付年月日				決定年月日			
本人支払額							
給付の種類							
支給可否				支給金額			
不支給の理由							
振込口座	金融機関						
	口座種目			口座番号			
	口座名義人						
振込予定日							

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	支払場所	
			支払期間	

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（訴訟費用は、市町村名1 が負担する。）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

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修受領委任払支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費について、**固定文言1**と**編集1**で決定しましたので通知します。

事業者番号		事業者名称	
支払件数		支払金額	
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	受付年月日 決定年月日	支給 可否	本人支払額	支給金額	備考
			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**不服の申立て及び取消訴訟**提起する者は**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

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費について、**固定文言1**と**編集1**で決定しましたので通知します。

事業番号		事業名称	
支払件数		支払金額	
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	受付年月日 決定年月日	支給 可否	本人支払額	支給金額	備 考
			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**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 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等受領委任払支給決定通知書（償還払用）

申請年月日に申請のありました給付費について、**固定文言1**と**編集1**で決定しましたので通知します。

事業者番号		事業者名称	
支払件数	支払金額		
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	給付の種類	受付年月日 決定年月日	支給 可否	本人支払額	支給金額
		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、前記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。

事業者番号：

事業者名称：

[illegible]

自由記載 1

(☐ ☒ ☐)

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給（不支給）のお知らせ （受領委任払）

申請年月日に申請のありました給付費に固定文言 1 + 編集 1 決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
本人支払額			
支給可否		支給金額	
不支給の理由			
受領委任事業者名			

改修の内容			
改修金額		支給対象基準額	

自由記載 1

※ 支給金額については、受領委任払であるため事業者に支払われます。

固定文言 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

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）のお知らせ
（受領委任払）

申請年月日に申請のありました給付費は固定文言1で編集1決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
本人支払額			
支給可否		支給金額	
不支給の理由			
受領委任事業者名			

福祉用具	種目	購入金額	
	品目名	支給対象基準額	

自由記載1

※ 支給金額については、受領委任払であるため事業者に支払われます。

固定文言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~~を提起する~~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 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給（不支給）のお知らせ （受領委任払）

申請年月日に申請のありました給付費は**固定文言 1**で**編集 1**決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
本人支払額			
給付の種類			
支給可否		支給金額	
不支給の理由			
受領委任事業者名			

※ 支給金額については、受領委任払であるため事業者を支払われます。

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、前記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

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費に「固定文言1」を編集しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
受付年月日				決定年月日			
本人支払額							
給付の種類							
支給可否				支給金額			
不支給の理由							
振込口座	金融機関						
	口座種目			口座番号			
	口座名義人						
振込予定日							

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	自由記載1	支払場所	
				支払期間	

(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（訴訟費用は、市町村名1 が負担する。）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

介護保険高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ

次のとおり、介護保険法第51条、第61条等による高額介護（予防）給付費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

固定文言1

保 険 者 番 号		フリガナ	
		被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 番 号		生 年 月 日	
サービス提供年月			
自己負担金額		支給（予定）金額	
固定文言2 備 考	固定文言3＋編集1		

自己負担上限額			
世帯員	被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	利用者負担金額
	自由記載1		

公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。

固定文言4

支給を希望する場合は、「高額介護（予防）サービス費支給申請書」を以下宛てに提出してください。

（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

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書

フリガナ			保険者番号											
被保険者氏名			被保険者番号											
生年月日			個人番号											
住所	電話番号													
本人支払額														
固定文言1 備考	固定文言2＋編集1													
〇〇市（町村）長様														
前のおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します 固定文言3														
年 月 日														
〒														
申請者 住所														
電話番号														
個人番号														
氏名														
※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。														

		氏名	生年月日	介護保険の被保険者の場合											
				被保険者番号											
				個人番号											
世帯構成	世帯主	自由記載 1													
	世帯員														

注意

- 公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
- 今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が固定文言4の場合、申請手続は不要となります。
- ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
- 給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

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、マイナポータルで固定文言5をいただけます。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													

市（町村）記入欄			
区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 割	自由記載2

[illegible]

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費に**固定文言1+編集1**決定しましたので通知します。

被保険者番号			被保険者氏名		
サービス提供年月					
決定年月日					
給付の種類					
支給可否					
本人支払額			支給金額		
不支給の理由					
固定文言2 備考		固定文言3+編集2			
振込口座	金融機関				
	口座種目		口座番号		
	口座名義人				
振込予定日					

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	自由記載1	支払場所	
			支払期間		

(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**都道府県名** 介護保険審査会に提出し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。

被保険者氏名：

208

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費受領委任払支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費に、固定文言1と編集1を決定しましたので通知します。

事業者番号		事業者名称	
支払件数		支払金額	
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	給付の種類	決定年月日	支給 可否	本人支払額	支給金額	備考
			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（訴訟費用は 市町村名1 が負担する。）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

介護保険高額介護（予防）サービス費支給（不支給）のお知らせ （受領委任払）

申請年月日に申請のありました給付費は固定文言1+編集1決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
決定年月日			
給付の種類			
支給可否			
本人支払額		支給金額	
不支給の理由			
受領委任事業者名			
固定文言2 備考	固定文言3+編集2		

※ 支給金額については、受領委任払であるため事業者を支払われます。

固定文言4

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

介護保険償還払給付費口座振込不能通知書

先に申請のありました給付費について、口座振込することができませんでした。
以下の振込口座をご確認いただくか、振込できない口座を知らせ先までご連絡ください。

固定文言1+編集1

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

サービス提供年月			
受 付 年 月 日		決 定 年 月 日	
給 付 の 種 類		支 給 予 定 額	
振込できなかった理由			

振込口座	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@yy. zzz. aaa

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険償還払給付費口座再振込通知書

以下のとおり、先に申請のありました給付費について 年 月 日に口座振込を行いました。

固定文言 1 + 編集 1

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

サービス提供年月			
受 付 年 月 日		決 定 年 月 日	
給 付 の 種 類		支 給 金 額	

振 込 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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費口座振込不能通知書

先に申請のありました高額介護（予防）サービス費について、口座振込することができませんでした。
以下の振込口座をご確認いただくか、振込できない口座と異なれば先までご連絡ください。

固定文言1＋編集1

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

サービス提供年月			
決定年月日			
給付の種類		支給予定額	
振込できなかった理由			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集2		

振込口座	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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費口座再振込通知書

以下のとおり、先に申請のありました高額介護（予防）サービス費について 年 月 日に
口座振込を行いました。

固定文言 1 + 編集 1

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

サービス提供年月			
決 定 年 月 日			
給 付 の 種 類		支 給 金 額	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2		

振 込 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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額医療合算介護（予防）サービス費口座振込不能通知書

先に申請のありました高額医療合算介護（予防）サービス費について、口座振込することができませんでした。

固定文言 1 + 編集 1

以下の振込口座をご確認いただくか、振り込みできる口座を問合せ先までご連絡ください。

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

計 算 対 象 期 間	～		
申 請 年 月 日		決 定 年 月 日	
給 付 の 種 類		支 給 予 定 額	
振込できなかった理由			

振 込 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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額医療合算介護（予防）サービス費口座再振込通知書

以下のとおり、先に申請のありました高額医療合算介護（予防）サービス費について 年 月 日に口座振込を行いました。

固定文言 1 + 編集 1

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

計 算 対 象 期 間	～		
申 請 年 月 日		決 定 年 月 日	
給 付 の 種 類		支 給 金 額	

振 込 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

窓空宛名

介護保険（保険給付）自己負担額証明書

次のとおり証明いたします。

固定文言 1

フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日		証 明 対 象 年 度	
自 己 負 担 額 証 明 書 整 理 番 号			
保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号	
対 象 と な る 計 算 期 間	～		
計算期間において被保険者であった期間	～		
サービス提供年月	自 己 負 担 額	うち70歳～74歳の者に係る 自己負担額	摘 要
年 8月分			
9月分			
10月分			
11月分			
12月分			
年 1月分			
2月分			
3月分			
4月分			
5月分			
6月分			
7月分			
計			
年 月 日 〒 電話番号			
〇〇市（町村）長			印

【保険者連絡用】

(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

(計算結果送付先)

住 所

電話番号

高額医療合算介護(予防)サービス費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						個 人 番 号																			
氏 名														計算期間の始期及び終期				年 月 日 から 年 月 日 まで															
国民健康保険資格情報																																	
保険者番号				被保険者記号				被保険者番号				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 信用金庫 農 協 ()		金融機関コード		本 店 店 支 店 ()				店舗番号		種目		口座番号						フリガナ				振込先口座管理番号					
1. 窓口払い 2. 口座振込																		1. 普通預金 2. 当座預金 9. そ の 他 ()														口座名義人	
□ 公金受取口座を利用します。						※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。																											
□ 高額医療合算介護(予防)サービス費の支給申請簡素化を希望します。 今後、高額医療合算介護(予防)サービス費に該当した場合、支給申請は不要となります。（ただし、世帯構成などに変更があった場合はその限りではありません。）																																	
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		固定文言 1 + 編集 1											
		1		年 月 日から 年 月 日まで				年 月 日から 年 月 日まで																									
		2		年 月 日から 年 月 日まで				年 月 日から 年 月 日まで																									
		3		年 月 日から 年 月 日まで				年 月 日から 年 月 日まで																									
〒 〇〇市(町村)長 様 ① 上の対象者について、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 上の対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 ※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。																																	
固定文言 2 + 編集 2														年 月 日 郵便番号 住所 申請代表者 氏名 電話番号																			

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

高額医療合算介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました高額医療（介護）サービス費支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
計算対象期間	～						
申請年月日				決定年月日			
計算対象期間中の自己負担額の合計額				支給金額			
給付の種類							
支給可否							
不支給の理由							
備考	固定文言2＋編集2						
振込口座	金融機関						
	口座種目			口座番号			
	口座名義人						
振込予定日							

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	自由記載1	支払場所	
				支払期間	

（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（訴訟費用は市町村名1が負担する。）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。

フリガナ					
対象者氏名					
生年月日					
自己負担額証明書整理番号					
保険者番号		被保険者番号		対象年度	
計算対象期間	～				
世帯負担総額					
介護等合算一部負担金等世帯合算額					
70歳以上介護等合算一部負担金等世帯合算額					
所得区分	(70歳以上：)				
介護等合算算定基準額					
70歳以上介護等合算算定基準額					
世帯支給総額	(うち70歳以上分：)				
按分後の支給額	(うち70歳以上分：)				

連絡票整理番号 ()

[illegible]

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護給付費通知書

被保険者番号：

被保険者氏名：

あなたの 年 月 ～ 固定文言1+編集1 における介護給付費は以下のとおりです。

(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 123-456-789

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	利用者負担 合計額 (円)	サービス費 用合計額 (円)	固定文言2 備考
					固定文言3 +編集2

※この通知は、利用された介護サービスの費用額や種類を確認いただくためのものであり、費用の請求や支払等を行う必要はありません。

※サービス費用合計額は、あなたが介護サービス固定文言4にお支払いになった金額を含む総額を記載しています。

(☐ ☒ ☐)
(☐ ☒ ☐)

自由記載 1

介護給付費通知書（続き）

被保険者番号：

被保険者氏名：

年

月

分

～

固定文言 1 + 編集 1

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	利用者負担 合計額 (円)	サービス費 用合計額 (円)	固定文言 2 備 考
					固定文言 3 + 編集 2

※この通知は、利用された介護サービスの費用額や種類を確認いただくためのものであり、費用の請求や支払等を行う必要はありません。

※サービス費用合計額は、あなたが介護サービスを受けたときにお支払いになった金額を含む総額を記載しています。

固定文言 4

自由記載 1

／

[illegible]

介護給付費通知書（福祉用具貸与品目）

被保険者番号： 被保険者氏名：

○ このお知らせは、あなたが利用する製品と同じものの費用額の分布と、あなたの費用額が分布のどこに位置するかどうかを知らせるためのものです。

年 月 分

【あなたが利用した福祉用具と費用】

サービス事業所	サービスコード	福祉用具商品名	費用額

参考情報			
全国費用額分布状況グラフ表示領域		全国	都道府県
	請求件数		
	最低費用額		
	最頻費用額		
	最高費用額		
	平均費用額		
全国費用額分布状況グラフ表示領域 自由記載 1		全国	都道府県
	請求件数		
	最低費用額		
	最頻費用額		
	最高費用額		
	平均費用額		
全国費用額分布状況グラフ表示領域		全国	都道府県
	請求件数		
	最低費用額		
	最頻費用額		
	最高費用額		
	平均費用額		

※ 費用額は、あなたが福祉用具をレンタルされた際にお支払いになった金額と保険給付額の合計額を記載しています。（特別地域加算分を除く。）

※ 右の表では、あなたが借りている福祉用具と同一製品の貸与価格について、全国、都道府県、保険者それぞれの範囲での、「最低費用額（最も安い価格）」、「最頻費用額（最も請求の多い価格）」、「最大費用額（最も高い価格）」、「平均費用額（平均値）」を表しています。

また、費用額には、搬出入費、メンテナンス費等のサービス費が含まれている場合もあり、また、価格の分布状況等により平均費用額等が必ずしも代表値とはいえない場合があります。

※ グラフでは、同一製品の価格について、それぞれの価格幅（横軸）について、どれくらい貸与されているのか（縦軸）を示しており、更にあなたが借りた価格（点）も示しています。なお、適正価格を表したものではありません。

※ 右の表の都道府県及び保険者について、被保険者所在の都道府県及び保険者ごとに集計した情報が存在しない場合は、請求件数、最低費用額、最頻費用額、最高費用額、平均費用額は”－”（ハイフン）で表示されます。

自由記載 2

(☐ ☒ ☐)
(☐ ☒ ☐)

様式番号

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（（看護）小規模多機能型居宅介護）

										区 分	
										新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生 年 月 日						
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者											
（看護）小規模多機能型 居宅介護事業所名				（看護）小規模多機能型 居宅介護事業所の所在地				〒			
								電話番号			
事業所番号				サービス開始（変更）年月日							
				年 月 日							
（看護）小規模多機能型居宅介護 事業所を変更する場合の理由等				※変更する場合のみ記入してください。							
（看護）小規模多機能型居宅介護等の利用 開始月における居宅サービス等の利用の有無				※（看護）小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス（居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。							
☐ 居宅サービス等の利用あり （利用したサービス：)											
☐ 居宅サービス等の利用なし											
〇〇市（町村）長 様											

上の（看護）小規模多機能型居宅介護事業者に**固定文言1**の計画の作成を依頼することを届出します。

年 月 日

〒

住 所

被保険者 電話番号

氏 名

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する（看護）小規模多機能型居宅介護事業者が（看護）小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び**固定文言2**を当該（看護）小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

（注意）1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。

2 居宅サービス計画の作成を依頼する（看護）小規模多機能型居宅介護事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。

届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複
	☐ （看護）小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	
自由記載 1		

様式番号

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（介護予防小規模多機能型居宅介護）

		区 分	
		新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号		
フリガナ			
	個 人 番 号		
	生 年 月 日		
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者			
介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所名	介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所の所在地		〒
		電話番号	
事業所番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
介護予防小規模多機能型居宅介護等の利用開始月における介護予防サービス等の利用の有無		※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防サービス（介護予防居宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。）及び地域密着型介護予防サービス（介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）に限る。）の利用の有無を記入してください。	
☐ 介護予防サービス等の利用あり （利用したサービス：） ☐ 介護予防サービス等の利用なし			
〇〇市（町村）長 様			
上の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に 固定文言1 をサービス計画の作成を依頼することを届出します。			
年 月 日 〒 住 所 被保険者 電話番号 氏 名			

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防小規模多機能型居宅介護事業者が介護予防小規模多機能型居宅介護の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

固定文言2

年 月 日 氏名

（注意） 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。

2 介護予防サービス計画の作成を**固定文言3**で変更する場合は、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。

届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複
	☐ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号	

自由記載1

228

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請のお知らせ

下記のとおり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。記載している申請先で支給申請の手続きを行ってください。 **固定文言 1**

なお、既に医療保険者からのお知らせより申請を行っている場合は、このお知らせによる申請は不要となります。

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号		
計 算 期 間	～					
計 算 年 月 日						
計算期間中の 自己負担額の合計額				支給（予定）金額		
給 付 の 種 類						
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1					

世 帯 員	被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名
		自由記載 1

（申請先）

●●市〇〇〇〇課

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

（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

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日 ()

氏 名		住 所		生 年 月 日	
希望するサービス内容					
№.	質 問 項 目			回答：いずれかに○ をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3 ^a 以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ
12	身長 ㄥ 体重 ^a (BMI =) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか			1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる			1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重 (a) ÷ 身長 (ㄥ) ÷ 身長 (ㄥ) が18.5未満の場合に該当とする

自由記載 1

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

総合事業対象者決定通知書

次のとおり、事業対象の判定がされました**固定文言1**ます。

被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者 氏 名			
基本チェックリスト 実 施 年 月 日			
判 定 年 月 日		判 定 結 果	
判 定 理 由			
固 定 文 言 2 備 考	固定文言3 + 編集1		

固定文言4

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

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

										区 分	
										新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生 年 月 日						
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名					介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地					〒	
					電 話 番 号						
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。											
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地					〒	
					電 話 番 号						
居宅介護支援事業所番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
〇〇市（町村）長 様											
上の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。											
年 月 日											
〒											
住 所					電 話 番 号						
被保険者											
氏 名											
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者が必要範囲で提示することに同意します。											
年 月 日 氏名											
(注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。											
2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。											
3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。											
保険者確認欄		☐ 被保険者資格		☐ 届出の重複		自由記載 1					
		☐ 介護予防支援事業者事業所受託									

介護予防・日常生活支援総合事業費支給申請書（償還払用）

(年 月分)

フリガナ		保険者番号																	
被保険者氏名		被保険者番号																	
生年月日																			
認定（事業対象）有効期間	～																		
住所	電話番号																		
申請理由																			
支払金額合計	円																		

〇〇市（町村）長 様

前のとおり、関係書類を添えて訪問型サービス費、通所型サービス費、生活支援サービス費、介護予防ケアマネジメント費等の支給を申請します。

固定文言 1

年 月 日

〒

住所

申請者

電話番号

氏名

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。

注意 ・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は介護予防ケアマネジメント提供証明書も併せて添付ください。

固定文言 2

介護予防・日常生活支援総合事業費を以下の口座に振り込んでください。

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ご入力いただけます。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																		

自由記載 1

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護予防・日常生活支援総合事業費支給（不支給）決定通知書（償還払用）

申請年月日に申請のありました給付費について、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
本人支払額			
事業の種類			
支給可否		支給金額	
不支給の理由			
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	支払場所	
			支払期間	

自由記載

（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、市町村名1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2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211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

高額介護予防サービス費相当事業費支給のお知らせ

次のとおり、高額介護予防サービス費相当事業費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

固定文言 1

保 険 者 番 号		フ リ ガ ナ	
		被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 番 号		生 年 月 日	
サービス提供年月			
自己負担金額		支給（予定）金額	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

自己負担上限額			
世 帯 員	被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	利用者負担金額
	自由記載 1		

支給を希望する場合は、「高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書」を以下宛てに提出してください。

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

高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

フリガナ		保険者番号												
被保険者氏名		被保険者番号												
		生年月日												
住所	電話番号													
本人支払額	円													
固定文言1 備考	固定文言2＋編集1													
〇〇市（町村）長様														
前のおとり高額介護予防サービス費相当事業費の固定文言3														
年 月 日														
〒														
申請者 住所														
電話番号														
氏名														
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。														

		氏 名	生 年 月 日	介護保険の被保険者の場合									
				被 保 険 者 番 号									
				個 人 番 号									
世帯構成	世 帯 主	自由記載 1											
	世 帯 員												

注意 ・今回の支給以降、高額介護予防サービス費相当事業費が支給される場合、申請手続は不要となります。
・給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス費相当事業費の支給ができない場合があります。

高額介護予防サービス費相当事業費を以下の口座に振り込んでください。

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、マイナポータル固定文言5 ☐ 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											
	フリガナ												
	口座名義人												

市（町村）記入欄			
区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 割	自由記載2

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

高額介護予防サービス費相当事業費支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費は、**固定文言1+編集1**決定しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
サービス提供年月							
決定年月日							
給付の種類							
支給可否							
本人支払額				支給金額			
不支給の理由							
固定文言2		固定文言3+編集2					
備考							
振込口座	金融機関						
	口座種目			口座番号			
	口座名義人						
振込予定日							

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	支払場所	
			支払期間	

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、**市町村名1** 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2** を被告として（訴訟において **市町村名2** が原告となります。）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。

被保険者氏名：

(☐ ☒ ☐)

239

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

介護予防・日常生活支援総合事業費（償還払い）口座振込不能通知書

先に申請のありました介護予防・日常生活支援総合事業費について、口座振込することができませんでした。以下の振込口座をご確認いただくか、振り込め口座を指定し先までご連絡ください。

固定文言1+編集1

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

サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
給付の種類		支給予定額	
振込できなかった理由			

振込口座	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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護予防・日常生活支援総合事業費（償還払い）口座再振込通知書

以下のとおり、先に申請のありました介護予防・日常生活支援総合事業費について 年 月 日に口座振込を行いました。

固定文言1＋編集1

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

サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
給付の種類		支給金額	

振込口座	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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

高額介護予防サービス費相当事業費口座振込不能通知書

先に申請のありました高額介護予防サービス費相当事業費について、口座振込することができませんでした。以下の振込口座をご確認いただくか、振り込めエラーの口座を知らせ先までご連絡ください。

固定文言1＋編集1

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

サービス提供年月			
決定年月日			
給付の種類		支給予定額	
振込できなかった理由			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集2		

振込口座	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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

高額介護予防サービス費相当事業費口座再振込通知書

以下のとおり、先に申請のありました高額介護予防サービス費相当事業費について 年 月 日に口座振込を行いました。

固定文言 1 + 編集 1

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

サービス提供年月			
決 定 年 月 日			
給 付 の 種 類		支 給 金 額	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2		

振 込 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

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費口座振込不能通知書

先に申請のありました高額医療合算介護予防サービス費相当事業費について、口座振込することができませんでした。
固定文言 1 + 編集 1
 以下の振込口座をご確認いただくか、振り込みできる口座を問合せ先までご連絡ください。

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

計 算 対 象 期 間	～		
申 請 年 月 日		決 定 年 月 日	
給 付 の 種 類		支 給 予 定 額	
振込できなかった理由			

振 込 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

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費口座再振込通知書

以下のとおり、先に申請のありました高額医療合算介護予防サービス費相当事業費について

年 月

日に口座振込を行いました。

固定文言 1 + 編集 1

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

計算対象期間	～		
申請年月日		決定年月日	
給付の種類		支給金額	

振込口座	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

窓空宛名

介護保険（総合事業）自己負担額証明書

次のとおり証明いたします。

固定文言 1

フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日		証 明 対 象 年 度	
自 己 負 担 額 証 明 書 整 理 番 号			
保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号	
対 象 と な る 計 算 期 間	～		
計算期間において被保険者であった期間	～		
サービス提供年月	自 己 負 担 額	うち70歳～74歳の者に係る 自己負担額	摘 要
年 8月分			
9月分			
10月分			
11月分			
12月分			
年 1月分			
2月分			
3月分			
4月分			
5月分			
6月分			
7月分			
計			
年 月 日 〒 電話番号			
〇〇市（町村）長			印

【保険者連絡用】

【医療保険者向け連絡事項】

(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

(計算結果送付先)

住 所

電話番号

・この証明書は、高額医療合算介護予防サービス費相当の支給額計算を行うために使用するものであるため、計算基準日時点の介護保険者に原本を提供して下さい。

・当該証明書記載の自己負担額は、医療保険者が行う支給額計算に含めないで下さい。

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給申請のお知らせ

下記のとおり、高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。
記載している申請先で支給申請の手続きを行ってください。
なお、既に医療保険者からのお知らせより申請を行っている場合は、このお知らせによる申請は不要となります。

固定文言 1

被 保 険 者 氏 名				被 保 険 者 番 号	
計 算 期 間	～				
計 算 年 月 日					
計算期間中の総合事業 自己負担額の合計額			支給（予定）金額		
給 付 の 種 類					
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1				

世 帯 員	被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名
	自由記載 1	

(申請先)

●●市〇〇〇〇課

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

(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

〇〇市（町村）長

印

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費支給(不支給)決定通知書

申請年月日に申請のありました高額医療・介護予防サービス費相当事業費支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
計算対象期間	～						
申請年月日				決定年月日			
計算対象期間中の自己負担額の合計額				支給金額			
給付の種類							
支給可否							
不支給の理由							
備考	固定文言2＋編集2						
振込口座	金融機関						
	口座種目			口座番号			
	口座名義人						
振込予定日							

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・ ・	自由記載1	支払場所	
				支払期間	

(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、市町村名1 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2 を被告として（訴訟において 市町村名3 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。

フリガナ					
対象者氏名					
生年月日					
自己負担額証明書整理番号					
保険者番号		被保険者番号		対象年度	
計算対象期間	～				
世帯負担総額					
介護等合算一部負担金等世帯合算額					
70歳以上介護等合算一部負担金等世帯合算額					
所得区分	(70歳以上：)				
介護等合算算定基準額					
70歳以上介護等合算算定基準額					
世帯支給総額	(うち70歳以上分：)				
按分後の支給額	(うち70歳以上分：)				

●●市（町村）長 印

連絡票整理番号 ()

[illegible]