（別紙４）帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、介護保険システムと認定審査会システムで実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

	大項目	帳票タイトル	帳票ID		頁番号
介護保険	1.介護保険共通	01.住民税の課税状況について	0230001	…	1
		01-2.住民税の課税状況について	0230002		
		02.介護保険収入状況簡易申告書	0230003		
		03.宛名シール	0230004		
		04.宛名印刷	0230005		
		05.窓空宛名・問合せ先	0230006		
	2.被保険者資格	01.介護保険資格取得・異動・喪失届	0230007	…	7
		02.介護保険　被保険者証交付申請書	0230008		
		03.介護保険資格者証	0230009		
		04.介護保険被保険者証	0230010		
		05.介護保険資格者証発行のお知らせ	0230011		
		06.介護保険被保険者証発行のお知らせ	0230012		
		07.介護保険受給資格証明書	0230013		
		08.介護保険　被保険者証等再交付申請書	0230014		
		09.介護保険　住所地特例適用・変更・終了届	0230015		
		10.介護保険　他市町村住所地特例者連絡票	0230016		
		11.介護保険　住所地特例施設変更通知書	0230017		
		12.介護保険　住所地特例施設退所（居）通知書	0230018		
		13.介護保険　他市町村適用除外者連絡票	0230019		
		14.介護保険　適用除外施設変更通知書	0230020		
		15.介護保険　適用除外施設退所通知書	0230021		
	3.保険料賦課	01.納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書	0230022	…	24
		02.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	0230023		
		03.納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書（ハガキ様式）	0230024		
		04.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（ハガキ様式）	0230025		
		05.特別徴収開始通知書	0230026		
		06.特別徴収開始通知書（ハガキ様式）	0230027		
		07.口座振替開始（変更）のお知らせ	0230028		
		08.介護保険料減免決定通知書	0230029		
		09.介護保険料減免取消通知書	0230030		
		10.介護保険料徴収猶予決定通知書	0230031		
		11.介護保険料徴収猶予取消通知書	0230032		
		12.介護保険料減免申請のお知らせ	0230033		
		13.納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書（納付書一体型）	0230034		
		14.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（納付書一体型）	0230035		
	4.保険料収納	01.介護保険料口座振替不能通知書	0230036	…	48
		02.介護保険料口座再振替通知書	0230037		
		03.介護保険料還付（充当）通知書	0230038		
		04.介護保険料還付請求書	0230039		
		05.介護保険料充当通知書	0230040		
		06.介護保険料納付証明書	0230041		
		07.介護保険料納付証明書（ハガキ様式）	0230042		
	5.滞納管理	01.督促状	0230043	…	55
		02.督促状兼納付書（ハガキ様式）	0230044		
		03.分納誓約書	0230045		
		04.分納計画書	0230046		
		05.取引状況等の照会について（預貯金等関係用）	0230047		
		06.照会対象者一覧表	0230048		
		07.年金の支給について（照会）	0230049		
		08.差押調書	0230050		
		09.差押通知書	0230051		
		10.差押解除通知書	0230052		
		11.参加差押書	0230053		
		12.参加差押通知書	0230054		
		13.参加差押解除通知書	0230055		
		14.交付要求書	0230056		
		15.交付要求通知書	0230057		
		16.交付要求解除通知書	0230058		
		17.債権現在額申立書	0230059		
		18.配当計算書	0230060		
		19.充当通知書	0230061		
		20.充当明細	0230062		
		21.未納明細	0230063		
		22.納期限変更告知書	0230064		
		23.換価猶予通知書	0230065		
		24.換価猶予取消通知書	0230066		
		25.滞納処分停止通知書	0230067		
		26.滞納処分停止取消通知書	0230068		

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、介護保険システムと認定審査会システムで実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

大項目	帳票タイトル	帳票ID	頁番号
6.受給者管理	01.介護保険金融機関一括照会依頼書	0230069	… 82
	02.介護保険金融機関一括照会調査書（ゆうちょ銀行以外）	0230070	
	03.介護保険金融機関一括照会調査書（ゆうちょ銀行）	0230071	
	04.介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書	0230072	
	05.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）	0230073	
	06.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）	0230074	
	07.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）	0230075	
	08.介護保険負担限度額認定申請書	0230076	
	09.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）	0230077	
	10.介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書	0230078	
	11.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）	0230079	
	12.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）	0230080	
	13.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）	0230081	
	14.介護保険負担限度額認定決定通知書	0230082	
	15.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）	0230083	
	16.介護保険利用者負担額減額・免除認定証	0230084	
	17.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）	0230085	
	18.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）	0230086	
	19.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）	0230087	
	20.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）	0230088	
	21.介護保険負担限度額認定証	0230089	
	22.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）	0230090	
	23.介護保険利用者負担額減額・免除認定更新のお知らせ	0230091	
	24.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）	0230092	
	25.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）	0230093	
	26.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）	0230094	
	27.介護保険負担限度額認定更新のお知らせ	0230095	
	28.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）	0230096	
	29.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	0230097	
	30.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	0230098	
	31.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	0230099	
	32.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	0230100	
	33.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	0230101	
	34.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	0230102	
	35.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）	0230103	
	36.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）	0230104	
	37.介護保険負担割合証	0230105	
	38.介護保険負担割合証発行のお知らせ	0230106	
	39.介護保険　負担割合変更のお知らせ	0230107	
	40.介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書	0230108	

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、介護保険システムと認定審査会システムで実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

大項目	帳票タイトル	帳票ID	頁番号
	41.介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書	0230109	
	42.介護保険給付の支払一時差止予告通知書	0230110	
	43.介護保険給付の支払一時差止等予告通知書	0230111	
	44.介護保険給付の支払一時差止通知書	0230112	
	45.介護保険給付の支払一時差止等処分通知書	0230113	
	46.介護保険滞納保険料控除予告通知書	0230114	
	47.介護保険滞納保険料控除通知書	0230115	
	48.給付制限における保険料の滞納状況	0230116	
	49.介護保険給付額減額予告通知書	0230117	
	50.介護保険給付額減額通知書	0230118	
	51.介護保険給付制限処分弁明書	0230119	
	52.介護保険給付制限解除通知書	0230120	
7.認定管理	01.介護保険　要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定申請書	0230121	… 144
	02.介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書	0230122	
	03.要介護認定等申請受理通知書	0230123	
	04.介護保険　要介護認定訪問調査依頼書	0230124	
	05.介護保険　診断命令書	0230125	
	06.介護保険　主治医意見書提出依頼書	0230126	
	07.介護保険　主治医意見書作成料請求書	0230127	
	08.介護認定審査会開催通知書	0230128	
	09.認定審査会対象者一覧	0230129	
	10.認定審査会対象者一覧（事務局用）	0230130	
	11.介護保険　要介護認定・要支援認定等結果通知書	0230131	
	12.介護保険　要介護・要支援状態区分変更通知書	0230132	
	13.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	0230133	
	14.介護保険　要介護認定・要支援認定取消通知書	0230134	
	15.介護保険　被保険者証の提出依頼	0230135	
	16.介護保険　要介護認定・要支援認定等却下通知書	0230136	
	17.介護保険　サービスの種類指定変更申請書	0230137	
	18.介護保険　サービスの種類指定結果通知書	0230138	
	19.要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ	0230139	
	20.要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ（ハガキ様式）	0230140	
	21.介護保険要介護認定結果の情報提供について	0230141	
	22.介護保険　要介護認定・要支援認定等延期通知書	0230142	
	23.介護保険　要介護認定・要支援認定等延期通知書（ハガキ様式）	0230143	
8.給付管理	01.居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書	0230144	… 167
	02.介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書	0230145	
	03.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	0230146	
	04.介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給事前申請書	0230147	
	05.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）	0230148	
	06.介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認（不承認）通知書	0230149	
	07.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	0230150	
	08.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）	0230151	
	09.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	0230152	
	10.介護保険指定（介護予防）福祉用具貸与理由書	0230153	
	11.介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書	0230154	
	12.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）	0230155	
	13.介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書	0230156	
	14.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）	0230157	
	15.介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払用）	0230158	
	16.介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払用）（受領委任払用）	0230159	
	17.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	0230160	
	18.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	0230161	
	19.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	0230162	

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、介護保険システムと認定審査会システムで実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

大項目	帳票タイトル	帳票ID	頁番号
	20.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）	0230163	
	21.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	0230164	
	22.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	0230165	
	23.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）	0230166	
	24.受領委任払対象者明細	0230167	
	25.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）	0230168	
	26.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）	0230169	
	27.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）	0230170	
	28.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	0230171	
	29.介護保険高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ	0230172	
	30.介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書	0230173	
	31.介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書（受領委任払用）	0230174	
	32.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	0230175	
	33.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（サービス提供年月別明細）	0230176	
	34.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（ハガキ様式）	0230177	
	35.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	0230178	
	36.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）	0230179	
	37.介護保険償還払給付費口座振込不能通知書	0230180	
	38.介護保険償還払給付費口座再振込通知書	0230181	
	39.介護保険高額介護（予防）サービス費口座振込不能通知書	0230182	
	40.介護保険高額介護（予防）サービス費口座再振込通知書	0230183	
	41.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	0230184	
	42.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	0230185	
	43.介護保険（保険給付）自己負担額証明書	0230186	
	44.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	0230187	
	45.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	0230188	
	46.高額医療合算介護(予防)サービス費支給額計算結果連絡票	0230189	
	47.介護給付費通知書	0230190	
	48.介護給付費通知書（続き）	0230191	
	49.介護給付費通知書（ハガキ様式）	0230192	
	50.介護給付費通知書（福祉用具貸与品目）	0230193	
	51.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）	0230194	
	52.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）	0230195	
10.総合事業	01.基本チェックリスト	0230196	… 220
	02.総合事業対象者決定通知書	0230197	
	03.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	0230198	
	04.介護予防・日常生活支援総合事業費支給申請書（償還払用）	0230199	
	05.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）	0230200	
	06.高額介護予防サービス費相当事業費支給のお知らせ	0230201	
	07.高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書	0230202	
	08.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	0230203	
	09.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（サービス提供年月別明細）	0230204	
	10.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（ハガキ様式）	0230205	
	11.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	0230206	
	12.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	0230207	

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、介護保険システムと認定審査会システムで実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

大項目	帳票タイトル	帳票ID	頁番号
	13.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	0230208	
	14.高額介護予防サービス費相当事業費口座再振込通知書	0230209	
	15.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	0230210	
	16.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	0230211	
	17.介護保険（総合事業）自己負担額証明書	0230212	
	18.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	0230213	
	19.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	0230214	
	20.高額医療合算介護(予防)サービス費支給額計算結果連絡票（総合事業）	0230215	

様式番号

窓空宛名
（照会先の市区町村）

第　　号
年　月　日

○○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[redacted]します。
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。

固定文言１＋編集１

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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

---

○○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		（　　）	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		（　　）	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

様式番号

窓空宛名
（照会先の市区町村）

第　　号
年　月　日

○○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[illegible]ます。
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。

固定文言１＋編集１

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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

○○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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

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）

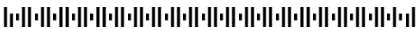
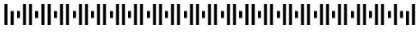
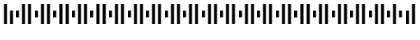
所得の種類	Ⓐ収入金額	Ⓑ必要経費	Ⓒ所得金額（Ⓐ－Ⓑ）	**固定文言２** 備考
営業	円	円	円	**固定文言３＋編集１**
不動産	円	円	円	
農業	円	円	円	
給与	円	円	円	※特定支出額がある場合は必要経費に記入
年金	円	円	円	※遺族年金・障害年金等非課税年金を除く
譲渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を記入してください
その他	円	円	円	
その他	円	円	円	
住民税課税区分	課税　・　非課税			

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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

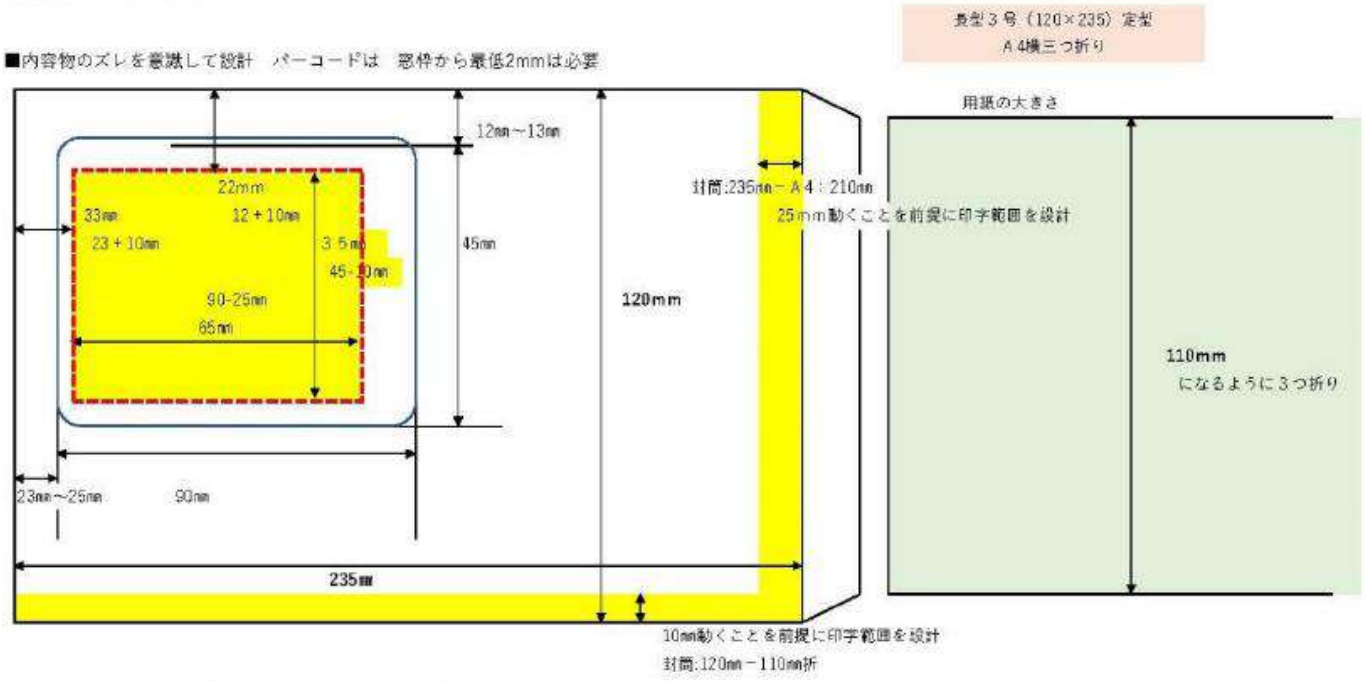
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） (1234567890)	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） (1234567890)
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） (1234567890)	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分）  (1234567890)
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） (1234567890)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	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)

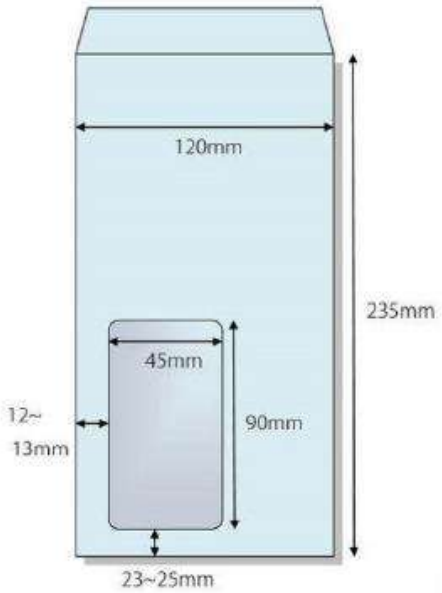
９９９－９９９９
●●県●●市●●１－２－３
あいうえおかきくけこ
■■　太郎　様
（▲▲　花子　様分）

（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





【窓あき封筒】
・封筒として長６封筒を推奨、長３封筒も利用可能
・窓あき封筒対応（45ｍｍ×90ｍｍ）用紙左から23～25ｍｍ、上から12～13ｍｍ
・内容物のズレを意識して設計→バーコードは窓枠から最低２ｍｍは必要

【三つ折り線】
様式等に三つ折り線を記す場合は、以下を基準とする。
・左位置：10mm
・長６封筒の場合、上位置：99mm、198mmを基準とする
・長３封筒の場合、上位置：110mm、220mmを基準とする
※いずれの場合も三つ折り線の位置は基準を参考とすればよく厳密な位置の一致は求めない

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）

●●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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

―

様式番号

介護保険資格取得・異動・喪失届

○○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 個人番号	備考
				固定文言２＋編集１

自由記載２

様式番号

介護保険　被保険者証交付申請書

○○市（町村）長　様

次のとおり申請します。

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		医療保険被保険者証記号番号	

自由記載１

様式番号

介護保険資格者証

年　月　日

<table>
<tr><td colspan="2">有効期限</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">被保険者</td><td>番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">交付年月日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護状態区分等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">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)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">認定の有効期間</td><td colspan="4">～</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">居宅サービス等</td><td colspan="4">区分支給限度基準額</td></tr>
<tr><td colspan="4">～　1月当たり</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="7">（うち種類支給限度基準額）</td><td>サービスの種類</td><td colspan="3">種類支給限度基準額</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">認定審査会の意見及びサービスの種類の指定</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">給付制限</td><td>内容</td><td colspan="3">期間</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>開始年月日
終了年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>開始年月日
終了年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>開始年月日
終了年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">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</td><td colspan="4">届出年月日</td></tr>
<tr><td colspan="4">届出年月日</td></tr>
<tr><td colspan="4">届出年月日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">介護保険施設等</td><td>種類</td><td></td><td>入所等年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td></td><td>退所等年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>種類</td><td></td><td>入所等年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td></td><td>退所等年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保険者番号並びに
保険者の名称及び印</td><td colspan="4">●●市介護保険課
123-4567　●●市●●１－２－３
987-6543-2111
○○市（町村）　印</td></tr>
</table>

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　介護予防・生活支援サービス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　介護予防・生活支援サービス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。

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　介護予防・生活支援サービス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懲役の処分を受けます。

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。

固定文言１＋編集１

様式第一号（第二十六条関係）

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　　○○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。

（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要介護認定又は要支援認定を受けてください。

二　介護予防・生活支援サービス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　介護予防・生活支援サービス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。

（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　介護予防・生活支援サービス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。

（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懲役の処分を受けます。

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。

固定文言１＋編集１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

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　　

○○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

様式番号

介護保険　被保険者証等再交付申請書

○○市（町村）長　様

次のとおり申請します。

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	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日		
	氏名				
	住所	電話番号			

＊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（　　）

２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

自由記載１

様式番号

介護保険　住所地特例適用・変更・終了届

○○市（町村）長　様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

＊上記（適用・変更・終了）の該当に○をつける。
在宅→施設：適用　施設→施設：変更　施設→在宅：終了

固定文言１

		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

様式番号

窓空宛名
（他市町村担当課）

第　　号
年　月　日

○○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）所在の住所地特例対象施設に入所・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		ＦＡＸ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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名
（他市町村担当課）

第　　号
年　月　日

○○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		生年月日	
	氏　名		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	ＦＡＸ番号	
	所在地		
変更後施設	名　称		
	電話番号	ＦＡＸ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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名
（他市町村担当課）

第　　号
年　月　日

○○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		生年月日	
	氏　名		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		FAX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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名
（他市町村担当課）

第　　号
年　月　日

○○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**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		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**		

入所した施設	名　　称		
	電話番号		ＦＡＸ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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名
（他市町村担当課）

第　　号
年　月　日

○○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ので通知します。

対象者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	
	氏　名		性　別	
	現住所			
	備　考			

変更年月日	

変更前施設	名　称			
	電話番号		ＦＡＸ番号	
	所在地			
変更後施設	名　称			
	電話番号		ＦＡＸ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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名
（他市町村担当課）

第　　号
年　月　日

○○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		ＦＡＸ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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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

固定文言１＋編集１

賦課年度　年度分（　調定年度　年度調定分）の介護保険料を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	
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

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

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関	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

・○○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　xxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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

固定文言１＋編集１

賦課年度　年度分（　調定年度　年度調定分）の介護保険料の[illegible]ましたので通知します。

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	

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						

固定文言２

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[illegible]も２月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

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

	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）						

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			

自由記載１

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所
・○○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　xxxxxxxxxx@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。）、[illegible]

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

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＋編集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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

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

○○市（町村）長　印

固定文言２＋編集２

賦課年度　年度分（　調定年度　年度調定分）の介護保険料額を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	
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				

固定文言３

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
～						

保険料段階の算出根拠

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

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	自由記載２
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

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

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＋編集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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

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

○○市（町村）長　印

固定文言２＋編集２

賦課年度　年度分（　調定年度　年度調定分）の介護保険料を下記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	
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	

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３

（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

	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）						

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			

自由記載２

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

・○○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。

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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特別徴収することを通知します。

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			

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　　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。）

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

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＋編集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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

賦課年度　特別徴収開始通知書（仮徴収）

○○市（町村）長　印

固定文言２＋編集２

賦課年度　分のあなたの介護保険料を年金から特別徴収することを通知します。

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	

固定文言３

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。

不服の申立て及び取消訴訟

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。

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険料減免決定通知書

申請年月日 に申請がありました 賦課年度 分介護保険料の減免については、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	

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		

調定年度	期別	減免前保険料額	減免額	減免後保険料額
		自由記載１		
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　　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険料減免取消通知書

承認年月日 に承認しました 賦課年度 分介護保険料の減免については、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	

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		

調定年度	期別	取消前保険料額	減免取消額	取消後保険料額
		自由記載１		
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　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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 分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	
備考	**固定文言２** / **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　xxxxxxxxxxx@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送付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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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 分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　xxxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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すると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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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

固定文言１＋編集１

賦課年度　年度分（　調定年度　年度調定分）の介護保険料額を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	
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

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

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

・○○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　xxxxxxxxxx@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

○○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

賦課年度　年度分（　調定年度　年度調定分）の介護保険料の額を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

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	

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
(変更前)	～						
(変更後)	～						

保険料段階の算出根拠

	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)						

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			

自由記載１

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

・○○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。）

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

○○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。

固定文言４

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。

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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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			
振替口座 口座種目		口座番号	
振替口座 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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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

過誤納金算出年度（賦課年度：　）

①納め過ぎた金額（過誤納金額）

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）

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	保険料	**固定文言４** 備　考
					固定文言５＋編集２
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

自由記載１

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　xxxxxxxxxx@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

様式番号

介護保険料還付請求書

記入日：　　年　　月　　日

○○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むよう依頼します。

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、マイナポータル等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 **固定文言５**			
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	店舗コード	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。

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険料充当通知書

あなたの納めた保険料が納めすぎになりましたので、次のとおり充当（割当て）をさせていただきます。

固定文言1

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

過誤納金算出年度（賦課年度：　　）
①納め過ぎた金額（過誤納金額）
②還付加算金
①＋②他の未納期別へ割り当てする金額（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	保険料	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	保険料充当金額	固定文言４ 備　　考
						固定文言５＋編集２
合　計						

次回の保険料の支払いについて

固定文言６

過誤納金は、これからお支払いいただく保険料や未納の保険料に充当させていただきます。
その後、足りない金額については、未到来納期分から、請求させていただきます。

（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　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

不服の申立て及び取消訴訟

固定文言７

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。

様式番号

窓空宛名

第　　号

介護保険料納付証明書

被保険者番号	
納付義務者氏名	

固定文言１＋編集１

あなたが　　年内に支払った介護保険料の額は、次のとおりです。

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

○○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　　xxxxxxxxxx@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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号

介護保険納付証明書

被保険者番号	
納付義務者氏名	

固定文言２＋編集１

納付済保険料額		
内訳	普通徴収分	
	特別徴収分	

固定文言３
備　考

固定文言４＋編集２

固定文言５＋編集３

○○市（町村）長　印

納付済保険料額内訳

賦課年度	調定年度	徴収方法	期別	収納額

自由記載２

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、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になります。
また、延滞金及び督促手数料も併せて納付願います。

固定文言１

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、ご了承願います。
※　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　xxxxxxxxxxx@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。

不服の申立て及び取消訴訟

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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

お支払いの際はこの宛名部分を切り取ってお持ちください。

督促状 兼 納付書（納入済通知書） 公

口座番号		加入者名	
年度（　調定分） 介護保険料　第　期		保険料	
被保険者番号		固定文言２ 備考	固定文言３ ＋編集１
被保険者氏名			
通知書番号			
本督促の納期限			

（ＯＣＲライン印字領域）

ＣＶＳ収納用	収納日付印
収納代行会社：株式 固定文言４	

〇〇市／コンビニ 固定文言５

取りまとめ金融機関
固定文言７
〇〇貯金事務センター

（ご注意）金額を訂正した場合、
コンビニエンスストアでは納付できません。
上のとおり領収しましたので通知します。
固定文言６
〇〇市会計管理者　様
〇〇市指定金融機関　様
〇〇市収納代理金融機関　様

第　　号

督促状 兼 原符 公

口座番号	
加入者名	
年度（　調定分） 介護保険料　第　期	
被保険者番号	
被保険者氏名　様	
通知書番号	
保険料	
固定文言８ 備考	固定文言９ ＋編集２
本督促の納期限	

上のとおり納付します。

収納日付印

収納代行会社：株式 固定文言10

郵便局／金融機関／
コンビニ店舗控

督促状 兼 領収証書 公

口座番号	
加入者名	
年度（　調定分） 介護保険料　第　期	
被保険者番号	
被保険者氏名　様	
通知書番号	
保険料	
固定文言11 備考	固定文言12 ＋編集３
本督促の納期限	

上のとおり未納になっていますので、本督促の納期限までにこの納付書にて納付してください。

年　月　日
〇〇市（町村）長　印

上のとおり領収しました。

収納日付印
収入印紙不要

収納代行会社：株式 固定文言13

被保険者控

被保険者控及びレシートは払込の証拠になるため、受領後、大切に保管してください。

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

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。

自由記載２

様式番号

記入日：　　年　　月　　日

○○市（町村）長　様

（〒　　－　　）

住所

誓約者　ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名

電話番号　　被保険者との関係

分　納　誓　約　書

私は、次の者に対する介護保険料が、以下の未納額のとおりであることを承認します。
したがって、誠意を持って以下のとおり分割して納付することを誓約します。
なお、分納額を計画期日までに納付しない場合は、定めるところにより滞納処分（財産の差押等）をされても異議を申し立てません。
また、今後納期の到来する介護保険料は納期限までに納付することを約束します。

固定文言１

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＞

回数	納付年月日	納付額	回数	納付年月日	納付額	回数	納付年月日	納付額

自由記載１

控え

様式番号

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＞

回数	納付年月日	納付額	回数	納付年月日	納付額	回数	納付年月日	納付額
						合計額		

＜納付方法＞

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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」にご記入の上、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

固定文言１＋編集１

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。）

固定文言２

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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

照会対象者の個人番号												

様式番号

年　月　日

別紙

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	

（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〇を、取引なしの場合は無に〇を記載願います。
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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

年金の支給について（照会）

固定文言１

下記の方の介護保険料滞納処分のため必要となので、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。

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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

---

年　月　日

○○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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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ましたので、この調書を作成します。
（根拠法令　－　根拠法令）
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。

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）			
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　xxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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）
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。

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）			
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　xxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	
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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、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、通知します。

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　xxxxxxxxxxx@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。

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　　印

参　加　差　押　解　除　通　知　書

固定文言１＋編集１

以下の財産の差押えを解除します。（根拠法令：根拠法令）

滞　納　者	住（居）所			
	被保険者番号		氏　　名	
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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　xxxxxxxxxxx@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）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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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） 首長が確認した債権額		配当順位	配当金額
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　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。）

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になります。）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。

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。

不服の申立て及び取消訴訟

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

充　当　通　知　書

固定文言１＋編集１

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　xxxxxxxxxx@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

様式番号

年　　月　　日

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

ページ数 ／ 総ページ数

様式番号

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

ページ数 ／ 総ページ数

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

納　期　限　変　更　告　知　書

固定文言１＋編集１

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）

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　xxxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、滞納処分することになります。
（根拠法令　－　根拠法令）

固定文言１＋編集１

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　　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、通知します。

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　xxxxxxxxxx@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１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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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ま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）

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）			
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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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。
（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）			
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　　xxxxxxxxxx@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。

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

介護保険
本店・支店等照会

第　　号
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、貴行本支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。

固定文言１＋編集１

（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。

固定文言２

［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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

介護保険
本店・支店等照会

（別紙１）

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

口　座　名　義　人	店舗コード	金融機関支店名	種目	普通（　　）	口座番号	
口　座　名　義　人	店舗コード	金融機関支店名	種目	普通（　　）	口座番号	
口　座　名　義　人	店舗コード	金融機関支店名	種目	普通（　　）	口座番号	
口　座　名　義　人	店舗コード	金融機関支店名	種目	普通（　　）	口座番号	
口　座　名　義　人	店舗コード	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	

旧 住 所	〒

［備考］

自由記載 1

様式番号

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

前のとお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） **自由記載１**
適用年月日	
年　月　日 から	
有効期限	
年　月　日 まで	

様式番号

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**		

○○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に関する認定及び利用者負担額の減額・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） **自由記載１**
適用年月日	
年　月　日 から	
有効期限	
年　月　日 まで	

様式番号

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	生計中心者に〇をつけてください。
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	

様式番号

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	生計中心者に〇をつけてください。
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	

様式番号

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

○○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。

固定文言１

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 80 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 80 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 ※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

自由記載１

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

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

様式番号

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）

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		
特定負担限度申請事由	1　市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額８０万円以下のもの等 2　市町村民税世帯非課税者であって、１に該当する以外のもの 3　その他（　　）		
固定文言１ 備考	**固定文言２＋編集１**		

〇〇市（町村）長　様

前のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定**固定文言３**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） **自由記載１**
適用年月日	
年　月　日 から	
有効期限	
年　月　日 まで	

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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 有効期限	（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　xxxxxxxxxxx@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と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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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 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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　（承認内容） 有効期限 負担者番号 受給者番号
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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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		

備　　考	

固定文言２

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　xxxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@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とな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

様式番号

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　　／　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　　○○市（町村） 987-6543-2111　　印

（裏面）

注意事項

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に提出してください。

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要する費用を除く。）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懲役の処分を受けます。

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。

様式番号

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		●●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　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に提出してください。

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とき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定証の有効期限に至ったとき、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懲役の処分を受けます。

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。

様式番号

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
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、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事業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）及び宿泊費は、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なったとき、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懲役の処分を受けます。

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。

様式番号

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 ／１００（居住費については１００／１００）
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　○○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事業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）及び宿泊費は、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なったとき、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懲役の処分を受けます。

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。

様式番号

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　○○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ったとき、軽減の認定の要件に該当しなくなったとき、又は軽減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。

五　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。

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懲役の処分を受けます。

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。

様式第一号の二の二（第八十三条の六関係）

（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・療養等） 多床室
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）

固定文言１＋編集１

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・療養等」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は、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懲役の処分を受けます。

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。

様式第一号の三（第百七十二条の二関係）

自由記載１

（表面）

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　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ったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至っ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　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

固定文言１＋編集１

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　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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。

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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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**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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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。
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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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効期間を更新いたします。

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		

・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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

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	
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

前のとおり離島等地域における特別地域加算に係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	生計中心者に〇をつけてください。
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） **自由記載１**
適用年月日	
年　月　日 から	
有効期限	
年　月　日 まで	

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　（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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

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		●●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、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ったとき、軽減の認定の要件に該当しなくなったとき、又は軽減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。

五　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。

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懲役の処分を受けます。

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。

様式番号

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	
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		

○○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利用者負担額の軽減対象を申請します。

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
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　　号
年　月　日

○○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　　（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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

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		／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　　○○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、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ったとき、軽減の認定の要件に該当しなくなったとき、又は軽減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。

五　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。

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懲役の処分を受けます。

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。

様式番号

市（町村）長　様
（介護保険担当課御中）

第　　号
年　月　日

○○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）

年度の特定入所者介護（予防）サービス費の利用者負担段階判定の資料として、次の者に係る年１の非課税年金情報が必要ですので、貴市（区・町・村）が把握している直近の年２の非課税年金情報（複数受給している場合は、その全て）に関して、[illegible]ようお願いします。また、次の者に係る非課税年金情報を貴市（区・町・村）が把握していない場合又は年３の１月１日時点で貴市（区・町・村）内に住所が無い場合は、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。

固定文言１＋編集１

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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

市（町村）長　様
（介護保険担当課御中）

第　　号
年　月　日

○○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１＋編集１

（照会対象者）

対　象　年			
フ リ ガ ナ		生 年 月 日	
被保険者氏名		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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第一号の二（第二十八条の二関係）

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		●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●１－２－３　　○○市（町村）　印 987-6543-2111

（裏面）

固定文言１＋編集１

注　意　事　項

一　介護サービス又は介護予防・生活支援サービス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　介護サービス又は介護予防・生活支援サービス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ったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、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懲役の処分を受けます。

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　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険負担割合証発行のお知らせ

固定文言１

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。

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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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**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　：○○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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号

年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書

被保険者番号		被保険者氏名	

申請年月日にあなたは要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの介護保険料は次のとおり滞納となっています。

介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も保険料滞納の状態が続く場合は、法第６６条第１項及び第２項の規定に基づく保険給付の償還払化の措置（支払方法変更）をとることになりますので予告します。

「保険給付の償還払（支払方法変更）」とは介護サービスを受けたとき、サービス提供事業者に一旦費用の全額を支払い、後日、領収証を添付して保険者負担分を保険者に対して請求する制度です。

なお、特別な事情により一括納付が困難な場合などは、保険者名介護保険課に相談してください。

固定文言１＋編集１

【保険料の滞納状況】

年度保険料				年度保険料				年度保険料			
調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額
計				計				計			

自由記載１

※上表は　年　月　日現在の滞納額です。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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

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　○○市（町村）介護保険課　住所　電話番号

弁明書提出期限　　年　　月　　日

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

年　月　日付　第　号で、「介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書」において既に通知していますが、いまだ次の介護保険料が滞納となっていますので、介護保険法第６６条 第１項・第２項の規定に基づき、年　月　日以降にあなたが利用する介護サービスについて保険給付の支払方法を変更し、保険給付を償還払いとすることに決定しましたので通知します。

なお、支払方法変更の記載を行いますので、被保険者証を提出してください。

固定文言１＋編集１

提出先　○○市（町村）介護保険課

提出期限　年　月　日

また、滞納保険料額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情等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、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、速やかに○○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】

年度保険料				年度保険料				年度保険料			
調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額
計				計				計			

自由記載１

※上表は　年　月　日現在の滞納額です。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　　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。）

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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

年　月　日にあなたは、要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの介護保険料は次のとおり滞納となっています。介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、介護保険法では滞納している方に対し、保険給付の支払の一時差止の措置が定められています。

したがって、以下の期日までに保険料が納付されない場合には、介護保険法第６７条第１項又は第２項の規定に基づき、保険給付の支払の一時差止を行うことになりますので、予告します。

「保険給付の支払の一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、償還払いの対象となる金額の全部又は一部について支払の一時差止めを行うものです。

期　日　　年　月　日

固定文言１＋編集１

ー　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、[redacted]速やかに被保険者証を添えて、○○市（町村）介護保険課に申し出てください。

固定文言２＋編集２

【保険料の滞納状況】

年度保険料				年度保険料				年度保険料			
調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額
計				計				計			

自由記載１

※上表は　年　月　日現在の滞納額です。
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　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。）

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[redacted]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

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。

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

弁明の機会を付与する通知

様式番号

窓空宛名

（２号被保険者用）

第　　号

年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険給付の支払一時差止等予告通知書

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）申請をしましたが、あなたの医療保険料等は次のとおり滞納となっています。医療保険料等が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も医療保険料等の滞納の状態が続いた場合に、介護保険法第６８条第１項の規定に基づき、「保険給付の支払方法変更（償還払い化）及び保険給付の一時差止め」の措置をとることになりますので予告します。

固定文言１＋編集１

「保険給付の償還払（支払方法変更）」とは介護サービスを受けたとき、サービス提供事業者に一旦費用の全額を支払い、後日、領収証を添付して保険者負担分を保険者に対して請求する制度です。

「保険給付の支払の一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、医療保険料等の滞納の状況に応じて、償還払いの対象となる金額の全部又は一部について支払の一時差止めを行うものです。

【医療保険料等の滞納状況】

年度保険料				年度保険料				年度保険料			
調定年度	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等額	調定年度	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等額	調定年度	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等額
計				計				計			

自由記載１

※上表は　年　月　日現在の滞納額です。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　xxxxxxxxxx@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。

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。

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。

弁明書提出先　○○市（町村）介護保険課　住所　電話番号

弁明書提出期限　　年　月　日

弁明の機会を付与する通知

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

年　月　日にあなたは、保険給付の償還払いの申請をしましたが、あなたの介護保険料は次のとおり滞納となっています。介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、介護保険法では滞納している方に対し、保険給付の支払の一時差止の措置が定められています。

したがって、以下の期日までに保険料が納付されない場合には、介護保険法第６７条第１項又は第２項の規定に基づき、保険給付の支払の一時差止を行うことに決定いたしましたので通知します。

「保険給付の支払の一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、償還払いの対象となる金額の全部又は一部について支払の一時差止めを行うものです。

期　日　　年　月　日

固定文言１＋編集１

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、[redacted]は速やかに被保険者証を添えて、○○市（町村）介護保険課に申し出てください。

固定文言２＋編集２

【保険料の滞納状況】

年度保険料				年度保険料				年度保険料			
調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額	調定年度	期別	保険料額	うち滞納額
計				計				計			

自由記載１

※上表は　年　月　日現在の滞納額です。
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　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。）

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１を代表する者は[redacted]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

様式番号

窓空宛名

（２号被保険者用）
第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険給付の支払一時差止等処分通知書

被保険者番号		被保険者氏名	

年　月　日付　第　　号で、「介護保険給付の支払一時差止等予告通知書」を送付しましたが、いまだに次の医療保険料等が滞納となっておりますので、介護保険法第６８条第１項の規定に基づき、年　月　日以降にあなたが利用する介護サービスについて、「保険給付の支払方法変更（償還払い化）及び保険給付の支払の一時差止」の措置をとることに決定しましたので、通知します。

なお、保険給付差止の記載を行いますので、以下の期日までに被保険者証を提出してください。

提出先　○○市（町村）介護保険課　**固定文言１＋編集１**

提出期限　年　月　日

なお、この通知により、保険給付の支払方法変更（償還払い化）及び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、該当すると思われる方は速やかに被保険者証を添えて、○○市（町村）介護保険課に申し出てください。

【医療保険料等の滞納状況】

年度保険料				年度保険料				年度保険料			
調定年度	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等額	調定年度	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等額	調定年度	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等額
計				計				計			

自由記載１

※上表は　年　月　日現在の滞納額です。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　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。）

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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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

　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なりますので予告します。

なお、特別な事情により一括納付が困難な場合などは、保険者名介護保険課に相談してください。

【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（B)】

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-B）	

（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　xxxxxxxxxx@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　○○市（町村）介護保険課　住所　電話番号

弁明書提出期限　　年　月　日

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

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。

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。[illegible]

なお、被保険者証の支払方法の変更の記載を消除しますので、以下の期日までに被保険者証と印鑑をお持ちください。

提出先　○○市（町村）介護保険課
提出期限　年　月　日

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（B）】

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-B）	

※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。

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　xxxxxxxxxxx@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[illegible]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

様式番号

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				

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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○○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

給付額減額措置の算定根拠

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

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。

固定文言２＋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　　xxxxxxxxxxx@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。
　弁明書提出先　○○市（町村）介護保険課　住所　電話番号
　弁明書提出期限　　年　月　日

弁明の機会を付与する通知

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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○○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

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

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　xxxxxxxxxxx@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

様式番号

介護保険給付制限処分弁明書

○○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
生年月日		被保険者番号	
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
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

固定文言３

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険給付制限解除通知書

固定文言１＋編集１

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。

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	

固定文言２＋編集２

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○○市（町村）介護保険課に提出してください。

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　　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。）

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

様式番号

介護保険〔要介護認定・要支援認定 / 要介護更新認定・要支援更新認定〕申請書

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		
	医療保険 被保険者証	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　～		
		医療機関等の名称等・所在地	期間　～		

提出代行者	名称	該当に〇（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・指定介護療養型医療施設・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、及び主治医意見書を、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

自由記載１

様式番号

介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

○○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		
	医療保険 被保険者証	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				
		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・指定介護療養型医療施設・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、及び主治医意見書を、○○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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

自由記載１

様式番号

窓空宛名
（医療保険者）

第　　号
年　月　日

○○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[　　]
	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			
被保険者証記号		被保険者証番号	

（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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名
（委託事業者等）

第　　号
年　月　日

○○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**固定文言１**

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	
	氏　名		性　別	
	住　所	電話番号		
入所入院施設				
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、○○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。

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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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ので、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○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名
（医療機関等）

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険　主治医意見書提出依頼書

固定文言１＋編集１

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。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	
	氏　名		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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

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		保険者確認	※
意見書作成日		意見書送付日			

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

※ 印の欄は記入しないでください。

◎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

様式番号

窓空宛名
（認定審査会審査員等）

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

認定審査会対象者一覧

年　月　日

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
											簡素化判定										
					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	前回二次同一	前回期間≧12	状態安定	重度化キワ３分以内	可能	除外	予定	結果	認定有効期間	（要介護１）状態像	結果
	（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			

様式番号

認定審査会対象者一覧（事務局用）

年　月　日

合議体番号：　　年　月　日 審査会　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			
			（審査会意見等）																		特定疾病			
			（審査会意見等）																		特定疾病			

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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要介護認定・要支援認定等の申請について、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。

固定文言１＋編集１

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		

固定文言４

・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・要支援状態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しての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　　xxxxxxxxxxx@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）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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　：○○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　　xxxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名
（生活保護担当課、福祉事務所等）

第　　号
年　月　日

○○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]提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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　：○○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　　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○市（町村）長　印

介護保険　被保険者証の提出依頼

固定文言１＋編集１

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。

被保険者番号		被保険者氏名	
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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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法第27条に基づく要介護認定・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　　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。）

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

様式番号

介護保険　サービスの種類指定変更申請書

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	
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ			生年月日	
	氏名			性別	
	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の消除を求める旨					
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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、更新の手続が必要となりますので、お早めの手続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。

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　　xxxxxxxxxxx@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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

○○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

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、更新の手続が必要となりますので、お早めの手続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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxx@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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

○○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、ことお知らせしますので、通知します。

固定文言２＋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	

固定文言３

様式番号

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

固定文言1

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（変更）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

固定文言２

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が必要とする範囲で提示することに同意します。

年　月　日　氏名

固定文言３＋編集１

（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

様式番号

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。

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者
※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。

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。

○○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の作成を依頼することを届出します。

固定文言１

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○○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依頼する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○○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。

固定文言３＋編集１

保険者確認欄	□　被保険者資格　　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所番号

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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）サービス又は介護予防・日常生活支援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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

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

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										

○○市（町村）長　様

固定文言１

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

〒

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	

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。

固定文言２

・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	**自由記載２**	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										

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		

○○市（町村）長　様

固定文言１

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

事業所名
代表者氏名

固定文言２

事業所番号

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。

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	店舗コード	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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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			
備考	**固定文言３＋編集２**		

固定文言２

担当の介護支援専門員や地域包括支援センターに本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　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。）

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

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
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日

福祉用具が必要な理由	

〇〇市（町村）長 様

固定文言1

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

〒

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	店舗コード	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
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAIS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。

固定文言１

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 電話番号

代表者氏名

固定文言２

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。

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	店舗コード	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　　号
年　月　日

○○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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

介護保険指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

○○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。

【医師の医学的所見／サービス担当会議の開催状況等】

医師の医学的所見 *原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可	主治医名	
	医療機関	
	【例外的貸与基準の該当性】　＊該当するものにチェックすること □ 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第３１号のイに該当する者 □ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第３１号のイに該当することが確実に見込まれる者 □ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第３１号のイに該当すると判断できる者 【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】	
家族による介護・支援の状況		
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議開催日】　　年　　月　　日	
	【ケアプラン作成担当者】 氏　　名　（　　） 所属事務所　（　　） (注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーにすること。	
	【サービス担当者会議出席者】 □本人 □家族、同居人 □主治医 □福祉用具相談員 □ケアプラン作成担当者 □サービス提供事業者 □その他（　　）	
	【福祉用具相談員の意見】 福祉用具相談員氏名　（　　） 指定福祉用具貸与事業所名　（　　）	
	【サービス担当者の意見の要約】	
	【本人・家族の意向】	
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見		

自由記載１

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			

○○市（町村）長　様

固定文言1

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

〒

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。

固定文言2

・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	店舗コード	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			

固定文言3

自由記載2

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（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											

○○市（町村）長　様

固定文言１

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　電話番号

代表者氏名

固定文言２

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

固定文言３

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	店舗コード	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
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日

福祉用具が必要な理由	

〇〇市（町村）長 様

固定文言1

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

〒

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	

固定文言2

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。

受取口座	固定文言3 □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	店舗コード	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
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日
(TAISコード)			円	年 月 日

福祉用具が必要な理由	

〇〇市（町村）長 様

固定文言1

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

〒

申請者（受領委任事業所）
所在地
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）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。

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	店舗コード	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			

様式番号

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（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									
		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。

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、マイナポータル等で登録いただけます。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	店舗コード	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				

固定文言３

自由記載１

様式番号

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			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。

固定文言１

年　　月　　日

〒

申請者
（受領委任事業所）

所在地

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	店舗コード	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った理由										
負担限度額認定証 交付されていない場合	交付申請をしなかった理由										

○○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　　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、マイナポータル等で登録いただけます。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	店舗コード	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				

固定文言３

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

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			
振込口座　口座種目		口座番号	
振込口座　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	・ ・ ・	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　　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。）

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[illegible]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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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			
振込口座 口座種目		口座番号	
振込口座 口座名義人			
振込予定日			

福祉用具 種目		購入金額	
福祉用具 品目名		支給対象基準額	
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　　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。）
　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]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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

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　　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。）

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。

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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

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			
振込口座 口座種目		口座番号	
振込口座 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　　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。）

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。

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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[固定文言１＋編集１]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			
振込口座 口座種目		口座番号	
振込口座 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　　xxxxxxxxxx@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]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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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[illegible]次の[illegible]決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

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　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。）

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[illegible]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

受領委任払対象者明細

事業者番号：　　事業者名称：

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	固定文言１ 備　　考
						固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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ついては、次のとおり決定しましたのでお知らせします。

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			
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　　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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については、次のとおり決定しましたのでお知らせします。

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			
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　　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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については、次のとおり決定しましたのでお知らせします。

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			
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に支払われます。

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　　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。）

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（訴訟において市町村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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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＋編集１]定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			
振込口座 口座種目		口座番号	
振込口座 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　　xxxxxxxxxx@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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	
被保険者番号		被保険者氏名	
		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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

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

固定文言３

前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

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。

固定文言４

・今回の支給以降、高額介護（予防）サービ[illegible]れる場合、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	固定文言５ □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[illegible]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	店舗コード	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

様式番号

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書（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	
生　年　月　日		個人番号	
住　　所	電話番号		
本人支払額			
備　　考	固定文言１	固定文言２＋編集１	

○○市（町村）長　様

固定文言３

前のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。

年　　月　　日

〒

所在地

申請者
（受領委任事業所）　事業所名　　電話番号

代表者氏名

固定文言４

上の事業所に高額介護（予防）サービス費の請求及び受領を委任します。

被保険者氏名

＜承認の要件＞

①　月途中の入所については、その翌月以降を承認可能月とします。
　　また、月途中の退所の場合は、その前月まで承認可能月となります。

固定文言５

②　介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと。

③　介護保険施設の同意を得ていること。

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。

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	店舗コード	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

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

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			
備考	**固定文言２**	**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	・ ・ ・	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　　xxxxxxxxxx@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経た後でなければ、裁決があ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。

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

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
（サービス提供年月別明細）

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	支給可否	本人支払額	支給金額	固定文言１ 備考
					固定文言２＋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）

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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

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

○○市（町村）長　印

固定文言２＋編集１

申請年月日に申請のあ[illegible]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			
決定年月日			
本人支払額合計			
支給金額合計			
不支給の理由			
固定文言３ 備考	固定文言４＋編集２		
振込口座 金融機関			
振込口座 口座種目		口座番号	
振込口座 口座名義人			
振込予定日			

自由記載２

窓口払	お持ちいただくもの	・ ・	支払場所	
			支払期間	

不服の申立て及び取消訴訟

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[illegible]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。

介護保険高額介護（予防）サービス費
サービス提供年月別明細

サービス提供年月	給付の種類	支給可否	本人支払額	支給金額	固定文言５ 備考
					固定文言６＋編集３

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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＋編集１]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　　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。）

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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については、次のとおり決定しましたのでお知らせします。

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			
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に支払われます。

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　　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。）

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。

不服の申立て及び取消訴訟

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、振込先となる口座を問合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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、振り込むことのできる口座をお問合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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号

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

〒

○○市（町村）長　印

電話番号

【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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

（計算結果送付先）

住　所

電話番号

様式番号

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 ～ 年 月

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		年 月 日から 年 月 日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 農協 ( )	金融機関コード	本店 支店 ( )	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込			ゆうちょ銀行	記号		番号	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。

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1		年 月 日から 年 月 日まで		固定文言1＋編集1
	2		年 月 日から 年 月 日まで		
	3		年 月 日から 年 月 日まで		

〒

○○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。

固定文言2＋編集2

※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。

年 月 日

郵便番号 住所

申請代表者

氏名

電話番号

自由記載1

	枚中		枚目

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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

固定文言１＋編集１

申請年月日に申請のありました高額医療合算介護(予防)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			
振込口座 口座種目		口座番号	
振込口座 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　xxxxxxxxxx@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

様式番号

高額医療合算介護(予防)サービス費支給額計算結果連絡票

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： ）				

（送付先所在地）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 御中

左のとおり連絡します。

年　月　日

（送付元所在地）

●●市（町村）長　印

【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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

連絡票整理番号　（ ）

【計算結果の内訳】

保険者名	自己負担額証明書整理番号	対象者氏名	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
			７０歳以上負担額	７０歳以上按分率	①に係る支給額	７０歳未満負担額	④＋（①－③）	按分率	⑤に係る支給額	③＋⑦
計										

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　～　　年　　月における介護給付費は以下のとおりです。

固定文言１＋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　123-456-789
メール　　xxxxxxxxxx@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を利用する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

様式番号

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

（　／　）
（　　）

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　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

介護給付費通知書

○○市（町村）長　印

被保険者番号：　　被保険者氏名：

あなたの　年　月～　年　月　における給付費は以下のとおりです。

固定文言２＋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３ 備考
					固定文言４＋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５

様式番号

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についてお知らせするためのものです。

固定文言１＋編集１

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	TAISｺｰﾄﾞ	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	保険者
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	保険者
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	保険者
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用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。

固定文言２

※ 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

○○市（町村）長　様

固定文言１

上の（看護）小規模多機能型居宅介護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

固定文言２

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・意見及び主治医意見書を当該（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

固定文言３＋編集１

（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○○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○○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

○○市（町村）長　様

固定文言１

上の介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に介護予防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

固定文言２

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。

年　　月　　日　　氏名

固定文言３＋編集１

（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○○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依頼する介護予防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○○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

様式番号

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					

No.	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ら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２～３kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長　　cm　　体重　　kg　　（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（kg）÷身長（m）÷身長（m）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

○○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ので通知します。**固定文言１**

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　　xxxxxxxxxxx@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。

○○市（町村）長　様

固定文言１

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

被保険者　　電話番号

氏　名

固定文言２

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に必要な範囲で提示することに同意します。

年　月　日　氏名

固定文言３＋編集１

（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が決まり次第速やかに○○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（地域包括支援センター）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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず○○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 □　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号

自由記載１

様式番号

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		要介護度等		
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			

○○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、マイナポータルで登録いただけます。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	店舗コード	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			

固定文言３

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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	

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　　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、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。

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

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		

○○市（町村）長　様

前のとおり高額介護予防サービス費相当事業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　・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。

固定文言４

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、マイナポータルを通じて登録いただけます。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	店舗コード	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			

固定文言５

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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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に[illegible]、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			
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			
振込口座　口座種目		口座番号	
振込口座　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　　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、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１ を代表する者は 市町村名２ 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

様式番号

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
（サービス提供年月別明細）

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	支給可否	本人支払額	支給金額	固定文言１ 備考
					固定文言２＋編集１

自由記載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）

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　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

第　　号
年　月　日

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

○○市（町村）長　印

固定文言２＋編集１

申請年月日に申請の高額介護予防サービス費について、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	
決定年月日	
本人支払額合計	
支給金額合計	
不支給の理由	

固定文言３ 備　考		固定文言４＋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	・ ・	支払場所	
			支払期間	

自由記載２

不服の申立て及び取消訴訟

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（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。

高額介護予防サービス費相当事業費
サービス提供年月別明細

サービス提供年月	給付の種類	支給可否	本人支払額	支給金額	固定文言５ 備　考
					固定文言６＋編集３

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、振り込まれる口座金融機関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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、振り込めない口座を取扱い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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号

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

○○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　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

（計算結果送付先）

住　　所

電話番号

【医療保険者向け連絡事項】

・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。

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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、介護予防生活支援サービス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。

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○○○○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

（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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　月　日

○○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合算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。

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	
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			
振込口座 口座種目		口座番号	
振込口座 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　xxxxxxxxxx@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。

様式番号

高額医療合算介護(予防)サービス費支給額計算結果連絡票（総合事業）

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：　　）				

（送付先所在地）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 御中

左のとおり連絡します。

年　　月　　日

（送付元所在地）

●●市（町村）長　　印

【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　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

連絡票整理番号　（　　）

【計算結果の内訳】

保険者名	自己負担額証明書整理番号	対象者氏名	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
			７０歳以上負担額	７０歳以上按分率	①に係る支給額	７０歳未満負担額	④＋（①－③）	按分率	⑤に係る支給額	③＋⑦
計										