

(別紙4) 帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

大項目	帳票タイトル	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	1
		02. 宛名シール	
		03. 宛名印刷	
		01. 介護保険資格者証	...
		02. 介護保険被保険者証	4
	03. 介護保険資格者証発行のお知らせ		
	04. 介護保険被保険者証発行のお知らせ		
	05. 介護保険受給資格証明書		
	06. 介護保険 他市町村住所地特例者連絡票		
	07. 介護保険 住所地特例施設変更通知書		
	08. 介護保険 住所地特例施設退所通知書		
	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	14	
	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		
	03. 特別徴収開始通知書		
	04. 口座振替開始（変更）のお知らせ		
	05. 介護保険料減免決定通知書		
	06. 介護保険料減免取消通知書		
	07. 介護保険料徴収猶予決定通知書		
	08. 介護保険料徴収猶予取消通知書		
	09. 介護保険料減免申請のお知らせ		
	4. 保険料収納	...	
	01. 保険料納付原簿	23	
	02. 調定表		
	03. 介護保険料口座振替不能通知書		
	04. 介護保険料口座再振替通知書		
	05. 介護保険料還付（充当）通知書		
	06. 介護保険料還付請求書		
	07. 介護保険料充当通知書		
	08. 介護保険料納付証明書		
	5. 滞納管理	...	
	01. 督促状	31	
	02. 分納誓約書		
	03. 分納計画書		
	04. 取引状況等の照会について（預貯金等関係用）		
	05. 照会対象者一覧表		
	06. 年金の支給について（照会）		
	07. 差押調書		
	08. 差押通知書		
	09. 差押解除通知書		
	10. 参加差押書		
	11. 参加差押通知書		
	12. 参加差押解除通知書		
	13. 交付要求書		
	14. 交付要求通知書		
	15. 交付要求解除通知書		
	16. 債権現在額申立書		
	17. 配当計算書		
	18. 充当通知書		
	19. 未納明細		
	20. 納期限変更告知書		
	21. 換価猶予通知書		
	22. 換価猶予取消通知書		
	23. 滞納処分停止通知書		
	24. 滞納処分停止取消通知書		
	6. 受給者管理	...	
	01. 要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ	55	
	02. 介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書		
	03. 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）		
	04. 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）		
	05. 訪問介護利用者負担額減額申請書（法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担減額措置）		
	06. 介護保険負担限度額認定申請書		
	07. 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）		
	08. 介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書		
	09. 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）		

帳票レイアウト一覧

大項目	帳票タイトル	頁番号
	10. 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）	
	11. 訪問介護利用者負担額減額認定決定通知書（法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置）	
	12. 介護保険負担限度額認定決定通知書	
	13. 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）	
	14. 介護保険利用者負担額減額・免除認定証	
	15. 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）	
	16. 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）	
	17. 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）	
	18. 訪問介護利用者負担額減額認定証（法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置）	
	19. 介護保険負担限度額認定証	
	20. 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）	
	21. 介護保険 減免・減額認定の更新のお知らせ	
	22. 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	
	23. 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	
	24. 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	
	25. 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	
	26. 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	
	27. 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	
	28. 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）	
	29. 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）	
	30. 介護保険負担割合証	
	31. 介護保険 負担割合変更のお知らせ	
	32. 介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書	
	33. 介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書	
	34. 介護保険給付の支払一時差止予告通知書	
	35. 介護保険給付の支払一時差止通知書	
	36. 介護保険給付の支払一時差止等予告通知書	
	37. 介護保険給付の支払一時差止等処分通知書	
	38. 介護保険滞納保険料控除通知書	
	39. 介護保険給付額減額通知書	
	40. 介護保険給付制限解除通知書	
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 02. 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書 03. 要介護認定等申請受理通知書 04. 介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書 05. 介護保険 要介護・要支援状態区分変更通知書 06. 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 07. 介護保険 要介護認定・要支援認定取消通知書 08. 介護保険 被保険者証の提出依頼 09. 介護保険 要介護認定・要支援認定等却下通知書 10. 介護保険 サービスの種類指定結果通知書 11. 介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書	95
8. 給付管理	01. 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書 02. 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 03. 居宅（介護予防）サービス計画の届出に関するお知らせ 04. 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認（不承認）通知書	106

帳票レイアウト一覧

大項目	帳票タイトル	頁番号
	05. 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	
	06. 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書	
	07. 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）	
	08. 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書	
	09. 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）	
	10. 介護保険居宅介護（予防）サービス費等支給申請書（償還払用）	
	11. 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	
	12. 介護保険償還払支給（不支給）決定通知書	
	13. 介護保険居宅介護（予防）サービス費等受領委任払支給決定通知書	
	14. 介護保険償還払支給（不支給）のお知らせ	
	15. 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	
	16. 介護保険高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ	
	17. 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書	
	18. 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）	
	19. 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	
	20. 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	
	21. 介護保険償還払給付費口座振込不能通知書	
	22. 介護保険償還払給付費口座再振込通知書	
	23. 介護保険高額介護（予防）サービス費口座振込不能通知書	
	24. 介護保険高額介護（予防）サービス費口座再振込通知書	
	25. 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	
	26. 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	
	27. 自己負担額証明書	
	28. 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	
	29. 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	
	30. 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	
	31. 介護給付費通知書	
	32. 介護給付費通知書（続き）	
	33. 介護給付費通知書（福祉用具貸与品目）	
9. 統計・報告等	01. 介護保険要介護認定結果の情報提供について	139

窓空宛名
(照会先の市区町村)

〇〇市(町村)長 印

住民税の課税状況について(照会)

介護保険料算定の賦課資料として住民税課税状況等を必要としますので、お忙しいと存じますが、調査の上、
年 月 日までにご回答くださいますようお願いいたします。

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。

被保険者番号		被保険者氏名	
前住所		賦課年度	
現住所		年度	

住民税の課税状況について(回答)

●●市(町村)長 印

賦課年度: 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	特別控除後 ※	円
	課税年金収入額		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
	減免後市町村民税	所得割額:	円	均等割額:	円
	給与所得額		円	公的年金等所得額	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()				

照会者氏名	()	性別		生年月日	
照会者 税情報	合計所得金額		円	特別控除後 ※	円
	課税年金収入額		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
	減免後市町村民税	所得割額:	円	均等割額:	円
	給与所得額		円	公的年金等所得額	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()				

照会者氏名	()	性別		生年月日	
照会者 税情報	合計所得金額		円	特別控除後 ※	円
	課税年金収入額		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
	減免後市町村民税	所得割額:	円	均等割額:	円
	給与所得額		円	公的年金等所得額	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()				

※ 特別控除後の額は、合計所得金額から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)を除いた額

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

(お問合せ先)

●●市介護保険課

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

9 9 9 - 9 9 9 9

●●県●●市●● 1 - 2 - 3

あいうえおかきくけこ

■ ■ 太郎 様

(▲▲ 花子 様分)

|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.|.

(1234567890)

介護保険資格者証

年 月 日

有効期限											
被 保 険 者	番 号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日	性別								
交付年月日											
要介護状態区分等											
認定年月日 <small>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</small>		年 月 日									
認定の有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日									
居宅サービス等		区分支給限度基準額									
		年 月 日 ~ 年 月 日 1月当たり									
うち種類支給限度基準額	サービスの種類		種類支給限度基準額								
認定審査会の意見 及びサービスの種類 の指定											
給付制限	内 容		期 間								
			開始年月日	年 月 日							
			終了年月日	年 月 日							
			開始年月日	年 月 日							
		終了年月日	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 年 月 日									
		届出年月日 年 月 日									
		届出年月日 年 月 日									
介護保険施設等	種 類	入所等年月日	年 月 日								
	名 称	退所等年月日	年 月 日								
	種 類	入所等年月日	年 月 日								
	名 称	退所等年月日	年 月 日								
保険者番号並びに 保険者の名称及び印		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>●●市介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111</p> <p style="text-align: right;">〇〇市（町村）</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">印</div>									

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超過した場合は、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。

(一)				(二)				(三)																																																					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> 介護保険被保険者証 </div>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">要介護状態区分等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">認定年月日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="font-size: small;">（事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">認定の有効期間</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2">居宅サービス等</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">区分支給限度基準額</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">年 月 日～ 年 月 日 1月当たり</td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="6" style="font-size: small;">（うち種類支給限度基準額）</td> <td style="font-size: small;">サービスの種類</td> <td style="font-size: small;">種類支給限度基準額</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2">認定審査会の意見及びサービスの種類の指定</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				要介護状態区分等				認定年月日		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		年 月 日～ 年 月 日		居宅サービス等		区分支給限度基準額		年 月 日～ 年 月 日 1月当たり		（うち種類支給限度基準額）		サービスの種類	種類支給限度基準額																							認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
要介護状態区分等																																																													
認定年月日		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		年 月 日～ 年 月 日																																																											
居宅サービス等		区分支給限度基準額																																																											
		年 月 日～ 年 月 日 1月当たり																																																											
（うち種類支給限度基準額）		サービスの種類	種類支給限度基準額																																																										
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定																																																													

 | 給付制限 | 内容 | 期間 | |---|----|----------------------------| | | | 開始年月日 年 月 日
終了年月日 年 月 日 | | | | 開始年月日 年 月 日
終了年月日 年 月 日 | | | | 開始年月日 年 月 日
終了年月日 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 年 月 日 | | | | 届出年月日 年 月 日 | | | | 届出年月日 年 月 日 | | 介護保険施設等 | 種類 | 入所等年月日 年 月 日 | | | 名称 | 退所等年月日 年 月 日 | | | 種類 | 入所等年月日 年 月 日 | | | 名称 | 退所等年月日 年 月 日 | | | || | | | | | | | | | | | | |-------------------|------|--|----|--|--|--|--|--|--|--| | 被保険者 | 番号 | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | | | | | | | | | 交付年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○○市（町村）
123-4567 ●●市●●1-2-3
987-6543-2111 | | | | | | | | | | | | 印 | | | | | | | | | | | | |
| 宛名 | | | |

(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ぬ。）。
- 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。

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。

第 号
年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険資格者証発行のお知らせ

下記のとおり、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。

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)

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yy. zzz. aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

介護保険被保険者証発行のお知らせ

下記のとおり、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。

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)

(お問合せ先)

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

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																	
	フリガナ																		
	氏名																		
	生年月日	年	月	日															
	住所 (転出先予定)																		
異動予定日	年	月	日																
<p>上記の者は、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。</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> 年 月 日 </p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"> ○○市（町村）長 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 30px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">印</td> </tr> </table> </p>															印				
印																			
				申請年月日															
要介護状態区分				認定年月日															
認定の有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで有効											
利用者の負担割合	割（			）		（住所移転前の負担割合）													
介護認定審査会の意見等																			
備考																			

裏面に注意事項を記入

窓空宛名 (他市町村担当課)

〇〇市（町村）長

印

介護保険 他市町村住所地特例者連絡票

次の者が本市（町村）所在の住所地特例対象施設に入所・入居しましたので、連絡します。

転入年月日	年 月 日
入所（居）年月日	年 月 日

対 象 者	被保険者番号															生年月日	年 月 日
	フリガナ																
	氏名													性別			
	転入前住所	〒															

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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名 (他市町村担当課)

〇〇市（町村）長

印

介護保険 住所地特例施設変更通知書

次の者が下記のとおり入所（居）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															生年月日	年	月	日
	フリガナ													性別					
	氏名																		
	転入前 住所	〒																	

変更年月日	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 xxxxxxxxxxxx@yy.yyy.zzz.aaa

窓空宛名 (他市町村担当課)

〇〇市（町村）長

印

介護保険 住所地特例施設退所通知書

次の者が下記のとおり施設を退所（居）しましたので、通知します。

対 象 者	被保険者番号															生年月日	年 月 日
	フリガナ																
	氏名													性別			
	退所後 住所	〒															

退所（居）年月日	年 月 日	退所理由	
死亡年月日	年 月 日		

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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

賦課年度 年度分（ 調定年度 年度相当分）の介護保険料額が次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号												
生年月日		性別												
住所														

決定年月日	年 月 日
決定理由	

年間保険料額

賦課年度 年度に納付する保険料額

円

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	

期別	月	保険料額		普通徴収の場合の納期限
		普通徴収	特別徴収	
	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				
保険料段階				

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。

保険料算定の基礎

期間	月数 ①	所得段階区分	保険料率 ②	保険料算出額 ③ (②×①/12)	保険料減免額 ④	保険料額 ③-④
月～ 月						

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	課税年金収入額	合計所得金額
				円	円

普通徴収（口座振替）の場合の口座情報

金融機関名			
支店名			
口座種目	口座番号		
口座名義人			

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

- ・〇〇銀行等
 - ・××市役所等
- (お問合せ先)
- 市介護保険課
- 住所 123-4567 ●●市●●1-2-3
 電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
 メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収額変更通知書、特別徴収中止通知書

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

被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日		性別																		
住所																				

変更年月日	年 月 日
変更理由	

賦課年度	年度に納付する保険料額
	円

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	

期別	月	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
		普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収	
	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					
	保険料段階					

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。

(変更後の) 保険料算定の基礎

期間	月数 ①	所得段階区分	保険料率 ②	保険料算出額 ③ (②×①/12)	保険料減免額 ④	保険料額 ③-④
月～月 (変更前)						
月～月						

(変更後の) 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	課税年金収入額	合計所得金額
(変更前)				円	円
				円	円

普通徴収（口座振替）の場合の口座情報

金融機関名			
支店名			
口座種目	口座番号		
口座名義人			

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

・〇〇銀行等
・××市役所等
(お問合せ先)
●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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名2 を代表する者は市町村長）となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



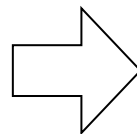
賦課年度 特別徴収開始通知書（仮徴収）

賦課年度 分のあなたの介護保険料を年金から特別徴収しますので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
生 年 月 日		性 別	
住 所			

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	円
6 月	円
8 月	円
仮徴収額合計	円

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。

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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 **市町村名2** を代表する者は **市町村長** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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、下記のとおり、あなたの介護保険料について口座振替を行います。

被 保 険 者 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																			被保険者氏名

口座振替開始年月	年 月分から												
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。

（お問合せ先）

●●市介護保険課

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

窓空宛名

〇〇市（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、下記のとおり 決定内容 と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	
住 所			
減免決定年月日		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			
減 免 期 間			

調定年度	期 別	減免前保険料額	減 免 額	減免後保険料額
合	計			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

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。）

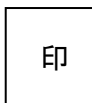
この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において市町村名2 を代表する者は市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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、下記のとおり取り消しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号		被保険者氏名	
住 所			
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			
取消となる減免期間			

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
合	計			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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、下記のとおり 決定内容 と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
住 所		

徴収猶予決定年月日	
決 定 理 由	
徴 収 猶 予 期 間	

調 定 年 度	期 別	保 険 料 額	徴 収 猶 予 期 間
合 計			

(お問合せ先)

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

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。）

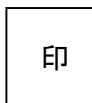
この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する判決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において市町村名2 を代表する者は市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する判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か月を経過しても判決がないとき。
- 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 その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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、下記のとおり取り消しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号		被保険者氏名	
住 所			

徴収猶予取消年月日	
取 消 理 由	
取消となる徴収猶予期間	

調 定 年 度	期 別	保険料額	取消前徴収猶予期限	取消後納期限
合 計				

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

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名2 を代表する者は市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

介護保険料減免申請のお知らせ

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

被 保 険 者 番 号												被保険者氏名	
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--

賦 課 年 度	
減 免 期 間	
減免の要件及び割合	
申 請 期 限	
必 要 な も の	

(お問合せ先)

●●市介護保険課

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@yy.zzz.aaa

保険料納付原簿

賦課年度		住 所		生年月日	
被保険者番号				性 別	
被保険者氏名					

保険料の収納状況

調定年度	徴収方法	期別	保険料額	収納額	未納額	過誤納額	納期限	領収年月日

給付額減額関連情報

給付額減額開始日	給付額減額終了日	給付額減額期間	納付済期間	徴収権消滅期間

調定表

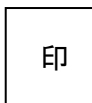
年 月 日 ~ 年 月 日 処理分

徴収方法：

調定年度	賦課年度	区分	調定件数	調定額	1期	2期	3期	4期	5期	6期						
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		増	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		新規	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		差引	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	0												

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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、下記の理由により振替できませんでした。
同封の納付書で、取扱期限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	年 度	調 定 年 度	年 度
期 別	期 分	金 額	円
通 知 書 番 号	納 期 限		
振替できなかった理由			

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												

2 督促及び延滞金

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

取 扱 期 限	
---------	--

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険料口座再振替通知書

下記のとおり、あなたの介護保険料について 年 月 日に口座振替を行いました。

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

調定年度		年度		賦課年度		年度											
期別		期分		領収金額		円											
振替口座	金融機関																
	口座種目			口座番号													
	口座名義人																

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

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険料還付（充当）通知書

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)		

還付する金額	納め過ぎた金額(過誤納金)の内訳							
	期別	特別徴収 保険料	普通徴収 保険料	督促 手数料	延滞金	納めた 金額	領収 年月日	過誤納 金額
過誤納金算出年度 (歳入/歳出) 年度 (賦課年度: 年度) (通知書番号:)								
納め過ぎた金額(過誤納金額)								
他の未納期別へ割り当てする金額 (充当金額)								
還付加算金								
お返しする金額(還付金額)								

充当金額の内訳

賦課 年度	調定 年度	期別	保険料	保険料 充当金額	督促手数料	督促手数料 充当金額	延滞金	延滞金 充当金額
		普徴 ○期						

還付金の受取方法

お返しする保険料・延滞金を下記の金融機関に振り込みます。

金融機関名	店舗名	種目	口座番号	口座名義人

取扱金融機関がない人は介護保険課で還付金をお返しすることになります。

お持ちいただくもの ① この通知書 ② 印鑑 ③ 被保険者証

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して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 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

介護保険料還付請求書

記入日： 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

下記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。

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						

なお、還付については、下記金融機関口座へ振り込むよう依頼します。

(請求者)

氏 名 _____ 印 _____ 被保険者との続柄 _____

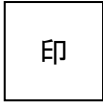
住 所 〒 _____

電話番号 _____

振 込 先 口 座	銀行	本店 支店 出張所 ゆうちょ銀行	普通 当座
	金庫		
	口座番号	口座名義人（カタカナ）	

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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。

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 (歳入/歳出) 年度 (賦課年度： 年度) (通知書番号：)	納め過ぎた金額(過誤納金)の内訳							
	期別	特別徴収 保険料	普通徴収 保険料	督促 手数料	延滞金	納めた 金額	領収 年月日	過誤納 金額
納め過ぎた金額(過誤納金額)								
還付加算金								
充当金額								

充当金額の内訳								
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

次回の保険料の支払いについて
 過誤納金は、これからお支払いいただく保険料や未納になっている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 xxxxxxxxxxxx@yy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟
 この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）
 この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。
 ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

介護保険料納付証明書

被保険者番号	
納付義務者氏名	
納付義務者住所	

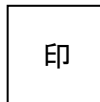
あなたが 年以内に支払った介護保険料は以下のとおりです。

納付済保険料額		円
内 訳	普通徴収分	円
	特別徴収分	円
(参考)	納付見込保険料額	円
	保険料額合計	円
備 考		

上記のとおり介護保険料を納付したことを証明します。

発行年月日

〇〇市（区町村）長



(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市(町村)長



督促状

介護保険料が、本督促状発行日現在、下記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。

被保険者番号						
被保険者氏名						
住所						
通知書番号						
賦課年度年度 (調定年度年度相当分)	期別	期	保険料	円	納期限	年 月 日
延滞金	円 ※ 上記延滞金は、本督促状発行日現在で計算しておりますが、納入日より再計算した金額となります。 納期限の翌日から、納入した日までの日数に応じて再計算されますので、ご了承ください。				督促手数料	円
					指定納期限	年 月 日

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

※ 領収証は5年間保存願います。

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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。

記入日： 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

(〒 -)

住所

フリガナ

氏名

被保険者番号

分 納 誓 約 書

私は、納付すべき介護保険料が、下記の未納額のとおりであることを承認します。
したがって、誠意を持って下記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、法の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。

<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	徴収 方法	期別	保険料 未納額	督促手数料 未納額	延滞金 未納額	賦課 年度	調定 年度	徴収 方法	期別	保険料 未納額	督促手数料 未納額	延滞金 未納額

<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

<納付方法>

分 納 計 画 書

被保険者氏名：

被保険者番号：

<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	徴収 方法	期別	保険料 未納額	督促手数料 未納額	延滞金 未納額	賦課 年度	調定 年度	徴収 方法	期別	保険料 未納額	督促手数料 未納額	延滞金 未納額

<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

<納付方法>

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

取引状況等の照会について
(預貯金等関係用)

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

なお、回答につきましては、「回答書」にご記入の上、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。
介護保険法第144条

記

1 照会対象者及び照会対象期間

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

住 所			
フリガナ		生年月日	
氏 名			

(2) 照会対象期間 (自) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ (至) _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 取引状況等 (照会内容) (■又はレ点の項目のみ)

<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	② 回答作成時点の取引商品ごとの残高
<input type="checkbox"/>	③ _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在の取引商品ごとの残高
<input type="checkbox"/>	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。)
<input type="checkbox"/>	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。)
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	⑧ _____ 年 _____ 月 _____ 日 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
<input type="checkbox"/>	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。)
<input type="checkbox"/>	⑩ 出資 (協同組織金融機関に限る。) の状況
<input type="checkbox"/>	⑪ その他 [_____]

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

照会対象者の個人番号

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

照会対象者一覧表

項番	氏名	フリガナ	生年月日	住所	該当有無	備考	個人番号														
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																
					有・無																

(注) 回答に当たって、照会対象者ごとに、取引ありの場合は有に○を、取引なしの場合は無に○を記載願います。
 ①預貯金者等の名義は異なるが同一人の可能性がある者、②住所は相違するが氏名・生年月日等から同一人の可能性がある者の場合についてもご回答願います。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



年金の支給について（照会）

下記の方の介護保険料滞納処分のため必要ですので、照会日現在における年金等の支給の状況を下欄にご記入の上、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	介護保険法第144条																		

※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。

（担当： ）

〇〇市（町村）長 様

年 月 日

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() (うち特別徴収額(介護後期 円・国保 円・住民税 円))																		
振込先金融機関	(銀行・信金・信組・農協) / ゆうちょ										(本・支店)								
口座名義人	上記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 / 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																			

情報提供業務グループ
担当：

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

差 押 調 書

下記滞納介護保険料が、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、国税徴収法第47条第1項第1号の規定により下記財産を差し押さえたので、同法第54条の規定によりこの調書を作成します。なお、この差押後は下記財産の取立てその他の処分をすることができません。

滞納者	住 所														
	氏 名					被保険者番号									
滞納金額		円（内訳は別紙明細書のとおり）													
差押財産															
履 行 期 限															
滞納処分のため 搜索した場所又は物															
搜 索 日 時		年 月 日 時 分から 時 分まで													
上記差押えのため搜索に立会い差押調書謄本を受領しました。															
立会人		印													
差押調書謄本を受領しました。															
年 月 日		印													
上記差押調書謄本記載の差押財産は通知があるまで無償で保管します。															
年 月 日 住所		印													

（お問合せ先）

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

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 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

差 押 通 知 書

下記の滞納介護保険料等を徴収するため、下記の財産を差し押さえます。
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。下記の履行期限までに当市（町村）に支払ってください。

滞納者	住 所													
	氏 名				被保険者番号									
滞 納 金 額		円 (内訳は別紙明細書のとおり)												
差押財産														
差 押 年 月 日														
履 行 期 限														

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

差 押 解 除 通 知 書

下記財産の差押えを解除します。（根拠法令 - 国税徴収法第80条）

滞 納 者	住 所																	
	氏 名				被 保 険 者 番 号													
差 押 財 産																		
差 押 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 xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

参加差押書

下記のとおり、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－国税徴収法第86条第1項、第82条第1項)

滞納者	住 所													
	氏 名				被保険者番号									
滞納金額		円（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													

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

参加差押通知書

下記滞納介護保険料が、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下記財産について、国税徴収法第86条第1項の規定により参加差押えをいたしましたので、同条第2項の規定により通知します。

滞納者	住 所														
	氏 名					被保険者番号									
滞納金額		円（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														

（お問合せ先）

●●市介護保険課

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。

第 号
年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長



参加差押解除通知書

下記財産の差押えを解除します。（根拠法令－国税徴収法第88条）

滞納者	住 所											
	氏 名		被保険者番号									
参加差押 財産												
	差押年月日											
	執行機関名											

（お問合せ先）

●●市介護保険課

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@yy.zzz.aaa

第 号
年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

交 付 要 求 書

下記のとおり滞納金額を徴収するため、国税徴収法第82条第1項の規定により交付要求します。

滞納者	住 所											
	氏 名		被保険者番号									
滞納金額		円（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												
		執行機関名										
		差押年月日										

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

交 付 要 求 通 知 書

下記のとおり滞納金額を徴収するため、交付要求しました。国税徴収法第82条の規定により通知します。

滞納者	住 所										
	氏 名		被保険者番号								
滞納金額		円（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											
		執行機関名									
		差押年月日									
交 付 要 求 年 月 日											

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

交 付 要 求 解 除 通 知 書

下記のとおり交付要求を解除します。国税徴収法第84条の規定により通知します。

滞納者	住 所													
	氏 名				被保険者番号									
交付要求に係る 財産又は事件名														
		執行機関名												
		差押年月日												
交付要求年月日														

（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 xxxxxxxxxx@yy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

債権現在額申立書

交付要求（参加差押）をした介護保険料の現在額は、下記のとおりです。
 （根拠法令－国税徴収法第130条第1項）

滞納者	住 所										
	氏 名		被保険者番号								
滞 納 金 額		円（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											
交付要求（参加差押）年月日											

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

配 当 計 算 書

下記のとおり換価代金等を配当します。国税徴収法第131条の規定により、この計算書を作成します。

滞納者	住 所														
	氏 名				被保険者番号										
受 入	換価財産等の名称、数量、性質及び所在										金額				
支 払	債権者の住所（所在地）及び氏名（名称）				配当 順位	配当金額（円）									
	首長が確認した債権額（円）					備考									
						円									
	円					円									
	円					円									
	円					円									
	円					円									
	円					円									
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				
	年		月		日		時		分						

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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。

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行うことができません。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

充 当 通 知 書

あなたの財産に対し交付要求により配当を受けた金額については
充当年月日 に下記のとおりに充当しましたので通知します。（根拠法令－国税徴収法第129条）

滞納者	住 所														
	氏 名					被保険者番号									
配当した執行機関		配当金受入年月日				交付要求（参加差押）・差押年月日									
受 入 金 額		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															
円（内訳は別紙明細書のとおり）															

（お問合せ先）

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

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において 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。

未 納 明 細

住 所								
氏 名								
被保険者番号								

延滞金計算日：延滞金計算日

賦課年度	調定年度	期別	納期限	保険料	督促手数料	延滞金	法定納期限等	通知書番号
合 計								

総合計 _____ 円

備考

窓空宛名

〇〇市(町村)長



納期限変更告知書

あなたの介護保険料について、下記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。

被保険者	住所													
	氏名	被保険者番号												
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	通知書番号					保険料					
変更後納期限														
納付場所														
繰上徴収する理由														

(お問合せ先)

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

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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 **市町村名2** を代表する者は **市町村長** となります。)提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

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、直ちに滞納処分をすることになります。

換価 猶予 申請額	賦課年度	調定年度	期別	納期限	通知書番号	介護保険料	督促手数料	延滞金	
	内訳は別紙明細書のとおり（延滞金は法律に定める金額）								
	合 計				円	(小計)	(小計)	(小計)	
猶 予 期 間			年 月 日 ~			年 月 日 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			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求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 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

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、下記のとおり換価の猶予を取り消しましたので、直ちに納付してください。地方税法第15条の5の3第2項・第15条の6の3第2項において準用する第15条の3第3項の規定により通知します。

換 価 猶 予 取 消 額	賦課年度	調定年度	期別	納期限	通知書番号	介護保険料	督促手数料	延滞金	
	内訳は別紙明細書のとおり（延滞金は法律に定める金額）								
	合 計						(小計)	(小計)	(小計)
					円				
猶 予 取 消 期 間			年 月 日 ～ 年 月 日 日間						
取 消 事 由									

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

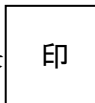
この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において市町村名2 を代表する者は市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



滞 納 処 分 停 止 通 知 書

下記の滞納金額について、あなたの現況に鑑み下記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となりますので申し添えます。

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

(お問合せ先)

●●市介護保険課

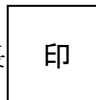
住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長



滞納処分停止取消通知書

執行停止年月日 付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地方税法第15条の8の規定により、その処分を取り消したので通知します。

滞納者	住所												
	氏名		被保険者番号										
滞納金額	円												
		(内訳は別紙明細書のとおり)											
取消事由等													

(お問合せ先)

●●市介護保険課

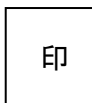
住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長



要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ

下記のとおり、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。

被保険者番号	フリガナ
	被保険者氏名
要介護状態区分	
認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
申請可能な期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
申請受付場所	
必要なもの	

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

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

介護保険利用者負担額減額・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																		
		個人番号																		
生 年 月 日		性 別																		
住 所	〒 電話番号																			
利用者負担額 減免申請理由																				
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">〇〇市(町村)長</div> 様 <p style="margin-top: 5px;">上記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。</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px; margin: 5px 0;"> 年 月 日 </div> <p style="margin-top: 10px; text-align: center;">住所</p> <p style="margin-top: 10px; text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="margin-top: 10px; text-align: center;">氏名</p>																				

市町村記入欄

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

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									
		個人番号									
生年月日		性別									
住所	〒										電話番号
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒										電話番号
入所年月日											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">〇〇市(町村)長</div> 様											
上記のとおり特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者の認定及び利用者負担額の減額・免除を申請します。											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 40px;"> 年 月 日 </div>											
住所											
申請者											
電話番号											
氏名											

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

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		確認番号			
		被保険者番号			
生年月日		性別			
住所	〒		電話番号		
利用者負担額 減額申請理由					
	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				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="text" value="〇〇市(町村)長"/> 様 </div> <p>上記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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 年 月 日 </div> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">住所</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">氏名</p>					

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	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

訪問介護利用者負担額減額申請書
(法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担減額措置)

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		性 別							
住 所	電話番号								
利用者負担額 減額申請理由									
氏 名	生 年 月 日	性 別	生計中心者に○をつけてください。						
世帯構成	世 帯 主								
	世 帯 員								

〇〇市(町村)長 様

上記のとおり訪問介護の利用者負担額に係る減額を申請します。

年 月 日

住所

申請者 電話番号

氏名

市町村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(訪問介護の派遣実績等を把握)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	
	(生計中心者の所得状況等を把握)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

〇〇市(町村)長 様

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

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																	
		個人番号																	
生年月日		性別																	
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	有 ・ 無	左記において「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 課税 ・ 非課税																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 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。												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額 80 万円を超えます。 (受給している年金に○してください)												
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり												
	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、下記について記載は不要です。

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。

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																			
		個 人 番 号																			
生 年 月 日		性 別																			
住 所	〒 _____ 電話番号 _____																				
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒 _____ 電話番号 _____																				
入 所 する 居 室 の 種 別	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室的多床室										3 従来型個室 4 多床室										
入 所 年 月 日																					
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 (_____)																				
○○市(町村)長 様 上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">年 月 日</div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">住所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">申請者 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">氏名 _____</p>																					

市町村記入欄

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

窓空宛名

〇〇市(町村)長

印

介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

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

(お問合せ先)

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

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

介護保険利用者負担額減額・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)

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

決定事項											
1 承認する	<table border="1"> <tr> <td>適用年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>(承認内容)</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> </tr> </table>	適用年月日	年	月	日	(承認内容)	有効期限	年	月	日	
適用年月日	年	月	日	(承認内容)							
有効期限	年	月	日								
2 承認しない	理由										

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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名2を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

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)

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

決定事項																
1 承認する	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">適用年月日</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 40%;">(承認内容)</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>確認番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	適用年月日	年	月	日	(承認内容)	有効期限	年	月	日		確認番号				
適用年月日	年	月	日	(承認内容)												
有効期限	年	月	日													
確認番号																
2 承認しない	理由															

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

訪問介護利用者負担額減額認定決定通知書
(法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置)

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

決定事項	
1 承認する	適用年月日 年 月 日 (承認内容) 有効期限 年 月 日 負担者番号 受給者番号
2 承認しない	理由

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険負担限度額認定決定通知書

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

決定事項											
1 承認する	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">適用年月日</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日</td> <td style="width: 40%;">（承認内容）</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> </tr> </table>	適用年月日	年	月	日	（承認内容）	有効期限	年	月	日	
適用年月日	年	月	日	（承認内容）							
有効期限	年	月	日								
2 承認しない	理由										

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

介護保険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)

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

決定事項							
1 承認する	<table border="1"> <tr> <td>適用年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>(承認内容)</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	適用年月日	年 月 日	(承認内容)	有効期限	年 月 日	
適用年月日	年 月 日	(承認内容)					
有効期限	年 月 日						
2 承認しない	理由						

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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。

介護保険利用者負担額減額・免除認定証

(表面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 介護保険利用者負担額減額・免除認定証 </div>		
交付年月日 年 月 日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	適用年月日	年 月 日 から
	有効期限	年 月 日 まで
減額・免除 認定事項	給付率 / 100	
保険者番号 並びに保険 者名称及び 印	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> </div> <p style="margin-top: 5px;"> ○○市(町村) 介護保険課 123-4567 ●●市●● 1-2-3 987-6543-2111 </p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-left: auto; margin-top: 10px; text-align: center; line-height: 30px;">印</div>	

(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へ提出してください。
- 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。

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

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

(表面)

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 年 月 日							
被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日	性 別				
	適 用 年 月 日	年 月 日	から				
	有 効 期 限	年 月 日	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 名 称 及 び 印	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p> ○○市(町村) 介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111 </p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>						

(裏面)

注 意 事 項

一 特定介護老人福祉施設から指定介護福祉施設サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を施設の窓口へ提出してください。

二 指定介護福祉施設サービス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、又は減額・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、他の指定介護老人福祉施設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。

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

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証

(表面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> <p>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)</p> </div>			
交付年月日		年 月 日	
確認番号			
受給者	住所		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	性別
介護保険被保険者番号			
適用年月日		年 月 日から	
有効期限		年 月 日まで	
減額割合		／ 100	
保険者番号並びに保険者名称及び印		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
		○○市(町村) 介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111	
		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 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)及び宿泊費が、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。

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。

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

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証（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）

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p>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）</p> </div>					
交付年月日		年	月	日	
確認番号					
受給者	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別
介護保険被保険者番号					
適用年月日		年	月	日から	
有効期限		年	月	日まで	
減額割合		／100（居住費については100／100）			
保険者番号並びに保険者名称及び印		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			
		○○市（町村）介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111			
		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 印			

（裏面）

<p>注意事項</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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）及び宿泊費が、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
-------------	---

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

訪問介護利用者負担額減額認定証

(表面)

訪問介護利用者負担額減額認定証 (法施行時の訪問介護利用者等の利用者負担額軽減措置)											
交付年月日 年 月 日											
負担者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
受給者	住所										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	年 月 日									
介護保険被保険者番号											
適用年月日	年 月 日から										
有効期限	年 月 日まで										
減額内容 (給付率)	/ 100										
保険者番号 並びに 保険者 名称 及び 印	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> ○○市(町村) 介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111										

(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。 (前記のサービスの利用者負担額は○%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。

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。

（裏面）

<p>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。</p> <p>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提出してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">注 意 事 項</p>
--	---

（表面）

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="margin: 0;">介護保険負担限度額認定証</p> </div>											
交付年月日		年	月	日							
被 保 険 者	番 号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年	月	日	性 別						
	適用年月日	年 月		日から							
	有効期限	年 月		日まで							
食事の負担限度額				円							
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			円 円 円 円 円							
保険者番号並びに保険者名称及び印	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									○○市（町村）介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 印

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。

（裏面）

<p>注 意 事 項</p>	<p>一 この証によつ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。</p> <p>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へ提出してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
----------------	--

（表面）

<p>介護保険特定負担限度額認定証 <small>（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）</small></p>										
交付年月日		年	月	日						
被 保 険 者	番 号									
	住 所									
	フリガナ									
	氏 名									
	生年月日	年	月	日	性別					
	適用年月日	年	月	日	から					
	有効期限	年	月	日	まで					
食費の特定負担限度額				円						
居住費の特定負担限度額	ユニット型個室	円	円	円						
	ユニット型個室的多床室	円	円	円						
	従来型個室	円	円	円						
	多床室	円	円	円						
保 険 者 番 号 並 び の 保 険 及 び 印 称 及	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
	○○市（町村）介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111			<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">印</td> </tr> </table>	印					
印										

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。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険 減免・減額認定の更新のお知らせ

下記のとおり、あなたの減免・減額認定の有効期間が終了いたします。

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

減免・減額情報	減免・減額の有効期間	必要なもの

- ・それぞれの減免・減額認定における有効期間を経過した場合は、減免・減額が受けられませんので、記載されている有効期間終了日までに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。

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		確 認 番 号				
		被 保 険 者 番 号				
生 年 月 日		性 別				
住 所	〒		電話番号			
利用者負担額 軽減申請理由						
	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					
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">〇〇市(町村)長</div> 様 上記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。 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px; margin: 5px 0;">年 月 日</div> 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	(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	

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

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

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村名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。

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) (裏面)

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		年 月 日						
確認番号								
受給者	住所							
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年 月 日	性別					
介護保険被保険者番号								
適用年月日		年 月 日まで						
有効期限		年 月 日まで						
減額割合		／100						
保険者番号並びに 保険者名称及び印		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
○○市(町村) 介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;">印</td> </tr> </table>	印					
印								

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。
(前記のサービスの利用者負担額は〇%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。

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

中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		確 認 番 号				
		被 保 険 者 番 号				
生 年 月 日		性 別				
住 所	電話番号					
利用者負担額 軽減申請理由						
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					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 様 </div> <p>上記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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 年 月 日 </div> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">住所</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">氏名</p>						

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	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	
-------	--

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

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として（訴訟において 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。

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) (裏面)

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		年 月 日						
確認番号								
受給者	住所							
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年 月 日	性別					
介護保険被保険者番号								
適用年月日		年 月 日まで						
有効期限		年 月 日まで						
減額割合		／ 100						
保険者番号並びに 保険者名称及び印		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
○○市(町村) 介護保険課 123-4567 ●●市●●1-2-3 987-6543-2111								
		印						

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 (前記のサービスの利用負担額は〇%になります。)
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。

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。

市（町村）長 様

(介護保険担当課御中)

〇〇市（町村）長 印

介護サービス利用者の非課税年金の受給状況について（照会）

〔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、折り返しご回答くださるようお願いいたします。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。

対 象 年			
フリガナ		生年月日	
被保険者氏名		性 別	
現 住 所			
貴管内住所			

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

市（町村）長 様 (介護保険担当課御中)

〇〇市（町村）長 印

介護サービス利用者の非課税年金の受給状況について（回答）

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

(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

※ 下欄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	
	年 月 日 転入

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

(裏面)

<p>注意事項</p>	<p>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提出してください。</p> <p>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の要した費用のうち、「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ぬ。)</p> <p>三 被保険者の資格がなくなつたとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至つたときは、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。</p> <p>四 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
-------------	--

(表面)

<p>介護保険負担割合証</p> <p>交付年月日 年 月 日</p>											
被 保 険 者	番 号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日	性別								
利 用 者 負 担 の 割 合	適 用 期 間										
割	開始年月日	年 月 日	終了年月日	年 月 日							
割	開始年月日	年 月 日	終了年月日	年 月 日							
保 険 者 番 号 及 保 並 び の 印	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										<p>印</p>
	<p>〇〇市(町村) 介護保険課</p> <p>123-4567 ●●市●●1-2-3</p> <p>987-6543-2111</p>										

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。
- 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。

<p>宛名</p>

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険 負担割合変更のお知らせ

下記のとおり、あなたの負担割合が変更となりましたので、お知らせいたします。

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

変更年月日	年 月 日		
変更理由			
利用者負担の割合	適用期間		
割	開始年月日	年 月 日	
	終了年月日	年 月 日	
割	開始年月日	年 月 日	
	終了年月日	年 月 日	

従前の負担割合証をお持ちの方は下記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。

提出先 : 〇〇市（町村）介護保険課
提出期限 : 年 月 日

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書

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

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下記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いた場合に、介護保険法第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。

【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			

※上記は 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 xxxxxxxxxxxx@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、下記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 **〇〇市（町村）介護保険課** 住所 **電話番号**
弁明書提出期限 年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書

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

〇〇年 〇〇月 〇〇日付 第〇号で、「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、いまだ下記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、〇〇年 〇〇月 〇〇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。

提出先 〇〇市（町村）介護保険課

提出期限 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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、速やかに〇〇市（町村）介護保険課に申し出てください。

【保険料の滞納状況】

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			

※上記は 〇〇年 〇〇月 〇〇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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険給付の支払一時差止予告通知書

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

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下記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、下記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となりますので、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

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	: _____ 円

なお、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、該当すると思われる方は速やかに被保険者証を添えて、〇〇市（町村）介護保険課に申し出てください。

【保険料の滞納状況】

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			

※上記は年 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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しをを求める訴えは、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名2 を代表する者は市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険給付の支払一時差止通知書

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

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下記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、下記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

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	: 円

なお、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、該当すると思われる方は速やかに被保険者証を添えて、〇〇市（町村）介護保険課に申し出てください。

【保険料の滞納状況】

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			

※上記は年 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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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。

(2号被保険者用)

第 号

年 月 日

窓空宛名

〇〇市(町村)長

印

介護保険給付の支払一時差止等予告通知書

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

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下記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)及び保険給付の支払の一時差止」の措置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。

「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			

※上記は年 月 日現在の滞納額です。

行き違いに納入された場合には、速やかに申し出て下さい。

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市(町村)長 印

介護保険給付の支払一時差止等処分通知書

被保険者氏名 _____ 被保険者番号 _____

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、いまだに下記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、下記の期日までに被保険者証を提出してください。

提出先 〇〇市(町村)介護保険課
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、〇〇市(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			

※上記は 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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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名2 を代表する者は市町村長）となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市(町村)長 印

介護保険滞納保険料控除通知書

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

〇〇年 〇〇月 〇〇日付 第 〇号で、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、下記のとおり、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ので、通知します。

なお、被保険者証の支払方法の変更の記載を消しますので、下記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 〇〇市(町村)介護保険課
提出期限 〇〇年 〇〇月 〇〇日

【一時差止めの給付費の内容 (A)】

利用日	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。

(お問合せ先)

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

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市(町村)長 印

介護保険給付額減額通知書

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

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下記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、下記期間につき保険給付額の減額及び高額介護(予防)サービス費及び高額医療合算(予防)サービス費及び特定入所者介護(予防)サービス費の支給を行わないことに決定しましたので通知します。

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

給付額減額の措置を行う期間 年 月 日 ~ 年 月 日

給付額減額措置の算定根拠

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

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) + ・ = 年

納付済期間：(納付済額/年賦課額) + (納付済額/年賦課額) + ・ ・ ・ ・ ・ = 年

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 123-456-789
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する判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、審査請求に対する判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か月を経過しても判決がないとき。
- 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 その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険給付制限解除通知書

年 月 日に通知しました介護保険の給付制限の措置の決定について、下記の理由により、給付制限の解除をいたしましたので、通知します。

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

給付制限の区分	
給付制限の解除理由	

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

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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 { 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 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏名											性別										
	住所	〒																				
	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	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2									
			有効期限 年 月 日から										年 月 日									
		※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 []																			
	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 年 月 日～ 年 月 日										
	有 ・ 無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日											

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

医療保険者名											医療保険被保険者証 記号番号										
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

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市(町村)長様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																		生年月日	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	要介護状態区分 1 2 3 4 5																	要支援状態区分 1 2																				
		有効期限 年 月 日から																	年 月 日																				
	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	介護保険施設の名称等・所在地																	期間																				
																	年 月 日～ 年 月 日																						
介護保険施設の名称等・所在地																	期間																						
																	年 月 日～ 年 月 日																						
有・無	医療機関等の名称等・所在地																	期間																					
																		年 月 日～ 年 月 日																					

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

医療保険者名																		医療保険被保険者証記号番号			
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

窓空宛名
(医療保険者)

〇〇市(町村)長 印

要介護認定等申請受理通知書

下記の者に係る要介護(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。
なお下記の者について、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、指定期日までに下記のお問合せ先までお知らせください。

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	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	年	月	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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書

【認定申請日】にあなたが行った要介護認定・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。

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・サービスの種類の指定			
認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		

- ・従前の被保険者証をお持ちの方は下記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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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 **市町村名2** を代表する者は **市町村長** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

介護保険 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。

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			
介護認定審査会の 意見・サービスの 種類の指定			
認定の有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	

従前の被保険者証をお持ちの方は下記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。

提出先：〇〇市（町村）介護保険課
提出期限：年 月 日

（お問合せ先）

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

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 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名
(生活保護担当課、福祉事務所等)

〇〇市(町村)長 印

第2号該当生活保護受給者に係る審査判定結果について

下記の者に係る認定審査会にて要介護・要支援の審査結果が出ましたので通知します。

対象者番号		対象者氏名	
判定年月日		判定結果	
判定理由			
判定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
介護認定審査会の 意見・サービスの 種類の指定			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険 要介護認定・要支援認定取消通知書

〇〇年〇月〇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。

被保険者番号		被保険者氏名	
取消年月日			
取消理由			

従前の被保険者証又は資格者証（暫定被保険者証）をお持ちの方は下記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。

提出先：〇〇市（町村）介護保険課
提出期限： 年 月 日

（お問合せ先）

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

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村名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。

第 号
年 月 日

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険 被保険者証の提出依頼

認定年月日

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

被保険者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	被保険者氏名
提出場所																		
提出期限																		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

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

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険 要介護認定・要支援認定等却下通知書

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

被保険者番号		被保険者氏名	
却下年月日			
却下理由			

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

介護保険 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。

被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																被保険者氏名
サービスの種類の指定																	
理由																	

（お問合せ先）

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

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

介護保険 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・要支援認定等を下記のとおり延期しますので、通知します。

被保険者番号										被保険者氏名	
延期理由											
処理見込期間	年 月 日										

(補足説明文)

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

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		性 別										
居宅サービス計画作成を依頼（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。												
	変更年月日 (年 月 日 日付)												
○○市（町村）長 様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画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													
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											

居宅サービス計画作成を依頼（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に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画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○○市（町村）へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画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○○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。

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	性 別
介護予防サービス計画作成を依頼（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 ()	
介護予防支援事業所又は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。			
変更年月日 (年 月 日 日付)			
〇〇市（町村）長 様			
上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画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			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号		

介護予防サービス計画作成を依頼（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

- (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作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず〇〇市（町村）へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

第 年 月 日 号

窓空宛名

〇〇市（町村）長



居宅（介護予防）サービス計画の届出に関するお知らせ

下記のとおり、あなたは要介護認定・要支援認定を受けていますが、居宅（介護予防）サービス計画の届出が行われていません。

居宅（介護予防）サービス計画の届出が行われないと居宅（介護予防）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。

被保険者番号											被保険者氏名	
要介護認定日												
認定の有効期間	年 月 日 から					年 月 日 まで						

・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。

（お問合せ先）

●●市介護保険課

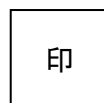
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認（不承認）通知書

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号												
受付年月日		決定年月日												
承認														
改修予定額														
支給対象予定額														
自己負担予定額														
不承認の理由														

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

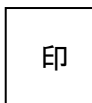
この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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

先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、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号													
受付年月日		決定年月日													
承認															
購入予定額															
支給対象予定額															
自己負担予定額															
不承認の理由															

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

この処分の取消しを求める訴えは、前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。

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保 険 者 番 号																	
			被 保 険 者 番 号																	
			個 人 番 号																	
生 年 月 日			性 別																	
住 所	電 話 番 号																			
住宅の所有者																				
改修の内容・ 箇所及び規模													業 者 名							
													着 工 予 定 日							
													完 成 予 定 日							
改 修 費 用																				
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">〇〇市（町村）長</div> 様 <p style="margin-top: 10px;">上記のとおり、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。</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px; margin: 5px 0;">年 月 日</div> <p style="margin-top: 10px; text-align: center;">住所</p> <p style="margin-top: 10px; text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="margin-top: 10px; text-align: center;">氏名</p>																				

- 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。

上記の給付費を下記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 信用組合	本 店 支 店 出張所	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		
	フリガナ				
	口座名義人				

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 被保険者氏名	保険者番号														
	被保険者番号														
	個人番号														
生年月日	性別														
住所	電話番号														
住宅の所有者															
改修の内容・ 箇所及び規模	業者名														
	着工予定日														
	完成予定日														
改修費用															
○○市(町村)長様 上記のとおり、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 所在地 申請者 (受領委任事業者) 事業者名 電話番号 代表者氏名															
上記事業者に居宅介護（予防）住宅改修費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名															

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

上記の給付費を下記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 信用組合	本店 支店 出張所	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											
	フリガナ													
	口座名義人													

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保 険 者 番 号										
			被 保 険 者 番 号										
			個 人 番 号										
生 年 月 日			性 別										
住 所												電話番号	
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	製 造 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 名		購 入 金 額				購 入 日						
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由													
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">〇〇市(町村)長</div> 様 <p style="margin-top: 10px;">上記のとおり、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。</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px; margin: 5px 0;"> 年 月 日 </div> <p style="margin-top: 10px; text-align: center; color: blue;">住所</p> <p style="margin-top: 10px; text-align: center; color: blue;">申請者 電話番号</p> <p style="margin-top: 10px; text-align: center; color: blue;">氏名</p>													

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、個々の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。

上記の給付費を下記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 信用組合	本 店 支 店 出張所	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								
	フリガナ										
	口座名義人										

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号														
	被保険者番号														
	個人番号														
生年月日	性別														
住所	電話番号														
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日												
福祉用具が 必要な理由															
○○市(町村)長様 上記のとおり、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 所在地 申請者 (受領委任事業者) 事業者名 電話番号 代表者氏名															
上記事業者に居宅介護（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、個々の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。

上記の給付費を下記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 信用組合	本店 支店 出張所	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												
	フリガナ														
	口座名義人														

介護保険居宅介護（予防）サービス費等支給申請書（償還払用）
（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号											
		被 保 険 者 番 号											
		個 人 番 号											
生 年 月 日		性 別											
住 所	電 話 番 号												
申 請 理 由													

〇〇市（町村）長 様

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

年 月 日

住所

申請者

電話番号

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。

上記の給付費を下記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 信用組合	本 店 支 店 出張所	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
	フリガナ			
	口座名義人			

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費等支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号					
			被保険者番号					
生年月日			性別					
住所							電話番号	
支払った負担限度額等	支払った期間		年	月	日から	年	月	日まで
	支払った負担額限度額等		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			適用年月日			
		認定証を提出できなかった理由						
	交付されていない場合	交付申請をしなかった理由						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> ○○市(町村)長様 </div> <p>上記のとおり、関係書類を添えて特定入所者介護（介護予防）サービス費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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> 年 月 日 </div> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>								

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。

上記の給付費を下記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 信用組合	本店 支店 出張所	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				
	フリガナ						
	口座名義人						

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名											被保険者番号										
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											支給金額										
不支給の理由																					

支払方法													
窓口払		口座払											
お持ちいただくもの	：	振込先	金融機関										
			口座種目										
支払場所	口座番号												
支払期間			口座名義人										
		振込予定日											

（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 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。）

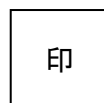
この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村名2を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険居宅介護（予防）サービス費等受領委任払支給決定通知書

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

事業者名称		事業者番号												
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支払件数		支払金額	
------	--	------	--

支払方法		
振込先	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/ 不支給	支給対象額	支払金額

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

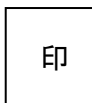
この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**市町村名1** を被告として（訴訟において **市町村名2** を代表する者は **市町村長** となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険償還払支給（不支給）のお知らせ

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

被保険者氏名		被保険者番号																
事業者名		事業者番号																
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		支給金額																
不支給の理由																		

(お問合せ先)

●●市介護保険課

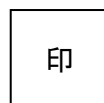
住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号												
受付年月日		決定年月日												
本人支払額														
給付の種類														
支給		支給金額												
不支給の理由														

支払方法										
窓口払		口座払								
お持ちいただくもの	：	振込先	金融機関							
	：		口座種目							
支払場所			口座番号							
支払期間			口座名義人							
		振込予定日								

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険高額介護（予防）サービス費給付のお知らせ

下記のとおり、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。

フリガナ		保険者番号												
被保険者氏名														
生年月日		被保険者番号												
サービス提供年月														
自己負担金額		支給（予定）金額												

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」を下記宛に提出してください。

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書
（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号										
				被保険者番号										
				個人番号										
生年月日				性別										
住所	〒			電話番号										
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合									
					被保険者番号									
世帯構成		世帯主												
		世帯員												
○○市(町村)長様 上記のとおり高額介護（予防）サービス費の支給を申請します。 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 5px auto; display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 5px;"> 年月日 </div> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>														

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（予防）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。
 また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
 ・ 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）サービス費を下記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 信用組合			本店 支店 出張所			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										
	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	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合		

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）
（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号											
				被保険者番号											
				個人番号											
生年月日				性別											
住所	〒										電話番号				
		氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合										
					被保険者番号										
		世帯主													
世帯構成		世帯員													
○○市(町村)長様 上記のとおり高額介護（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 (受領委任事業者) 事業者名 電話番号 代表者氏名															
上記事業者に高額介護（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、その前月までが承認月となります。
- 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）サービス費を下記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 信用組合			本店 支店 出張所			種目	口座番号					
	金融機関コード			店舗コード									
							2 当座預金						
							3 その他						
	フリガナ												
口座名義人													

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名											被保険者番号								
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										支給金額									
不支給の理由																			

支払方法													
窓口払		口座払											
お持ちいただくもの	：	振込先	金融機関										
	：		口座種目										
支払場所			口座番号										
支払期間			口座名義人										
			振込予定日										

（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 xxxxxxxxxx@yy.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。）

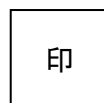
この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

事業者名称		事業者番号												
支払件数		支払金額												
支払方法														
振込先	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/ 不支給	支給対象額	支払金額

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

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

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

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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。
下記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	
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--

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										

(お問合せ先)

●●市介護保険課

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

窓空宛名

〇〇市（町村）長



介護保険償還払給付費口座再振込通知書

下記のとおり、先に申請のありました給付費について に口座振込を行いました。

被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者氏名	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------	----------------------

サービス提供年月	<input type="text"/>		
受付年月日	<input type="text"/>	決定年月日	<input type="text"/>
給付の種類	<input type="text"/>	支給金額	<input type="text"/>

振込口座	金融機関	<input type="text"/>									
	口座種目	<input type="text"/>	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	口座名義人	<input type="text"/>									

(お問合せ先)

●●市介護保険課

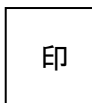
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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。
下記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	
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--

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												

（お問合せ先）

●●市介護保険課

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

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費口座再振込通知書

下記のとおり、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。

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																							

(お問合せ先)

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

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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。下記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	年 月 ~ 年 月		
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												

(お問合せ先)

●●市介護保険課

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

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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

下記のとおり、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。

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

計算対象期間	年 月 ~ 年 月		
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												

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

〇〇市介護保険（保険給付）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ					
氏名					
生年月日	年	月	日	性別	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	年		月	日	～
計算期間において被保険者であった期間	年		月	日	～
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					
<p>年 月 日</p> <p>〒123-4567 ●●市●●1-2-3 電話番号 987-6543-2111</p> <p style="text-align: right;">〇〇市（町村）長 印</p>					

【保険者連絡用】

(問合せ先)

〒 - 〇〇県〇〇市×××

介護保険課

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

(計算結果送付先)

〒 -

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		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		氏名	生年月日	性別	個人番号				計算期間の始期及び終期					
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 信用組合	金融機関コード			本店 支店 出張所	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										1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他				口座名義人
保険者 加入歴	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号			備考欄					
	1		年 月 日から 年 月 日まで											
	2		年 月 日から 年 月 日まで											
	3		年 月 日から 年 月 日まで											

〒 住所 年 月 日

〇〇市(町村)長様

① 上記対象者について、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給を申請します。 郵便番号 住所

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 申請代表者

※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。 氏名

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。 電話番号

	枚中		枚目
--	----	--	----

窓空宛名

〇〇市（町村）長 印

高額医療合算介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額医療合算介護（予防）サービス費支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号													
計算対象期間	年 月 ~ 年 月														
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			支給額												
給付の種類															
支給															
不支給の理由															
備考															

支払方法										
窓口払		口座払								
お持ちいただくもの	：	振込先	金融機関							
			口座種目							
支払場所	口座番号									
支払期間			口座名義人							
			振込予定日							

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

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		性別		
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				円
介護等合算一部負担金等世帯合算額				円
70歳以上介護等合算一部負担金等世帯合算額				円
所得区分	(70歳以上:)			
介護等合算算定基準額				円
70歳以上介護等合算算定基準額				円
世帯支給総額			円 (うち70歳以上分:)	円
按分後の支給額			円 (うち70歳以上分:)	円

〒 (所在地)	
御中	
左記のとおり連絡します。	
年 月 日	
〒 (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 xxxxxxxxxxxx@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										

窓空宛名

〇〇市（町村）長

印

介護給付費通知書

被保険者番号：

被保険者氏名：

あなたの 年 月 ～ 年 月 における介護給付費は以下のとおりです。

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-789

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	サービス 日数 ／回数	利用者負担 合計額 (円)	サービス費 用合計額 (円)

※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。

()

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 ～ 年 月 分

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	サービス 日数 ／回数	利用者負担 合計額 (円)	サービス費 用合計額 (円)

※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。

()

介護給付費通知書（福祉用具貸与品目）

様 （被保険者番号： ）

- 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を知っていただくためのものです。

年
月分

【あなたが利用した福祉用具と費用】

サービス事業所	TAISコード [※]	福祉用具商品名	費用額

参考情報

全国費用額分布状況グラフ表示領域		全国	都道府県	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			
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。

※ 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。

（ ）

窓空宛名

〇〇市（町村）長



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。

被 保 険 者 番 号	フリガナ	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	年 月 日 から 年 月 日 まで	

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa