

別 記

第 1 号様式 (第 14 条第 1 項)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

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

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
	生 年 月 日																			
住 所	電話番号																			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	電話番号																			
入所（院）年月日 （※）	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。																			

配偶者の有無	配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」 については、記載不要です。																			
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏 名																			
	生年月日	個人番号																		
	住 所	電話番号																		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	電話番号																		
	課税状況	市町村民税																		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 80.9 万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 120 万円を超えます。																		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写し は別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円)、 ③の方は 650 万円 (同 1,650 万円)、④の方は 550 万円 (同 1,550 万円)、 ⑤の方は 500 万円 (同 1,500 万円) 以下です。 ※第 2 号被保険者 (40 歳以上 64 歳以下) の場合、③～⑤の方は 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下です。																		
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を 含む)	() ※ 円	※内容を記入してください。													

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

様

浦安市長



介護保険負担限度額認定決定通知書

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

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）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3号様式 (第15条第2項)

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号																		
	被保険者番号																		
生年月日	個人番号																		
住所	電話番号																		
申請理由																			
<p>(宛先) 浦安市長</p> <p>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> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>																			

様

浦安市長



介護保険利用者負担額減額・免除認定決定通知書

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。(なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として(訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。)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4号様式（第16条第1項）

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払用）

（ 年 月分）

フリガナ											
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					要介護度等						
認定有効期間	～										
住所	電話番号										
申請理由											
支払金額合計	円										
<p>（宛先）浦安市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 個人番号</p> <p style="text-align: right;">※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。</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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目	口座番号							
口座振込 依頼欄	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()								
	ゆうちょ銀行	記号	番号								
	フリガナ										
	口座名義人										

様

浦安市長



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

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）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5号様式の2 (第16条の2第1項)

介護保険特定入所者介護 (介護予防) サービス費等支給申請書

フリガナ				保険者番号													
被保険者氏名				被保険者番号													
生年月日				要介護度等													
認定有効期間				～													
住所				電話番号													
支払った利用者負担額		支払った期間		年 月 日 から		年 月 日 まで		支払った利用者負担額		食費		円 ・ 居住費等		円			
施設サービスの提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称		〒						電話番号									
負担限度額認定証	交付されている場合	交付年月日	年 月 日		適用年月日	年 月 日											
		認定証を提出できなかった理由															
	交付されていない場合	交付申請をしなかった理由															
<p>(宛先) 浦安市長</p> <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> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏名 個人番号</p> <p style="text-align: right;">※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。</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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する																
	口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()		種目		口座番号										
金融機関コード		店舗コード		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()													
ゆうちょ銀行		記号			番号												
フリガナ																	
口座名義人																	

様

浦安市長



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

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）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6号様式 (第17条第1項)

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書

フリガナ				保険者番号									
被保険者氏名				被保険者番号									
				個人番号									
				要介護度等									
生年月日													
認定有効期間	～												
住所	電話番号												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額	購入日								
(TAISコード)				円	年 月 日								
(TAISコード)				円	年 月 日								
(TAISコード)				円	年 月 日								
福祉用具が 必要な理由													
(宛先) 浦安市長 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。													
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称												
	事業所種別												

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。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する											
	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()		種目				口座番号				
口座振込 依頼欄	金融機関コード		店舗コード		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()							
	ゆうちょ銀行		記号					番号				
	フリガナ											
	口座名義人											

様

浦安市長



介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）決定通知書

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）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7号様式（第18条第1項）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号								
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日			要介護度等								
認定有効期間	～										
住所	電話番号										
住宅の所有者	本人との関係（ ）										
住宅改修先住所	〒										
改修の内容・箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 1. 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2. 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 4. 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 5. 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 6. 付帯工事		業者名								
			業者連絡先								
			着工日	年	月	日					
			完成日	年	月	日					
改修費用	円										
改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由											
事前承認番号											
(宛先) 浦安市長 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 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との関係 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。											
代理申請を行う事業所情報	事業所名称										
	事業所種別										

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

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目	口座番号							
口座振込依頼欄	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()								
	ゆうちょ銀行	記号	番号								
	フリガナ										
	口座名義人										

様

浦安市長



介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給（不支給）決定通知書

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）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8号様式 (第19条第1項)

介護保険高額介護 (予防) サービス費支給申請書

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日		個人番号							
住所	電話番号								
本人支払額									
備考									
(宛先) 浦安市長 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 〒 申請者 住所 電話番号 氏名 個人番号 ※公金受取口座を利用する場合はご記入ください。									

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

注意

- 1 公費負担医療の対象となる介護保険サービスを利用しており、介護保険の定率負担適用後の利用者負担から公費負担医療による支給額を控除し、なお残る利用者負担がある場合は、申請の際にこれを証明することができる証拠書類を添付してください。
- 2 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。
- 3 ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
- 4 給付制限を受けている方については、高額介護 (予防) サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護 (予防) サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する												
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 ()	種目				口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()										
	ゆうちょ銀行	記号	番号										
	フリガナ												
	口座名義人												

第 年 月 日

様

浦安市長



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

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日

の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）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。

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ												
フリガナ					生年月日	個人番号											
氏名						計算期間の始期及び終期					年 月 ~ 年 月						
国民健康保険資格情報																	
保険者番号	被保険者記号			被保険者番号			続柄		保険者名称				加入期間				
							1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員						年 月 日から 年 月 日まで				
後期高齢者医療資格情報																	
保険者番号	被保険者番号						広域連合名称				加入期間						
											年 月 日から 年 月 日まで						
介護保険資格情報																	
保険者番号	被保険者番号						保険者名称				加入期間						
											年 月 日から 年 月 日まで						
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 農協 ()		金融機関コード			本店支店 ()		店舗コード	種目	口座番号				フリガナ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込			ゆうちょ銀行		記号				番号					口座名義人			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。																	
保険者加入歴	保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄						
	1				年 月 日から 年 月 日まで												
	2				年 月 日から 年 月 日まで												
	3				年 月 日から 年 月 日まで												
年 月 日																	
(宛先) 浦安市長 ① 上の対象者について、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給を申請します。 郵便番号 住所 ② 上の対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 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																	

様

介護保険（保険給付）自己負担額証明書

次のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		証明対象年度	
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		被保険者番号	
対象となる計算期間	～		
計算期間において被保険者であった期間	～		
サービス提供年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	摘要
年 8月分			
9月分			
10月分			
11月分			
12月分			
年 1月分			
2月分			
3月分			
4月分			
5月分			
6月分			
7月分			
計			
年 月 日			
〒			
電話番号	浦安市長		印

様

浦安市長



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

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）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9号様式（第20条第1項）

介護保険料徴収猶予・減免申請書

（宛先）浦安市長

次のとおり 年度分介護保険料の徴収猶予・減免を申請します。

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

注 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載する必要はありません。

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ													
	氏名											生年月日	年 月 日	
												性別	男 ・ 女	
	住所	電話番号												

申請理由	
------	--

様

浦安市長



介護保険料徴収猶予決定通知書

年 月 日に申請がありました 年度分介護保険料の徴収猶予については、次のとおり承認・不承認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	
--------	--	--------	--

徴収猶予決定年月日	
決 定 理 由	
備 考	

調定年度	期 別	保 険 料 額	徴 収 猶 予 期 間
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
			～
合 計			

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

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

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

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

様

浦安市長



介護保険料減免決定通知書

年 月 日に申請がありました 年度分介護保険料の減免については、次のとおり承認・不承認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	
-------------	--	-------------	--

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			
備 考			

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				

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。(なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として(訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。)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 1 2 号様式 (附則第 2 条)

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

フリガナ 被保険者氏名	保 険 者 番 号																				
	被 保 険 者 番 号																				
生 年 月 日	個 人 番 号																				
住 所	電 話 番 号																				
申 請 理 由																					
<p>(宛先) 浦安市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>																					

様

浦安市長



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)

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。(なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として(訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。)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 1 4 号様式 (附則第 5 条)

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

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号																		
	被保険者番号																		
生年月日	個人番号																		
住 所	電話番号																		
特定負担限度 申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が 年額 80.9 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 ()																		
備 考																			
(宛先) 浦安市長 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。 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名																			

様

浦安市長



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)

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

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

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、千葉県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。(なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として(訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。)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。