

浦安市規則第3号

浦安市が行う介護保険の施行に関し必要な様式を定める規則の一部を改正する規則

浦安市が行う介護保険の施行に関し必要な様式を定める規則（平成13年規則第42号）の一部を次のように改正する。

本則の表6の項様式の名称の欄中「介護保険被保険者証再交付申請書」を「介護保険被保険者証等再交付申請書」に改め、同表10の項様式の名称の欄中「介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書」を「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」に改め、同項の次に次のように加える。

10の2	介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書（別記第10号様式の2）
------	------------------------------------

本則の表18の項様式の名称の欄中「介護保険料簡易申告書」を「介護保険収入状況簡易申告書」に改め、同表19の項様式の名称の欄中「納入通知書（介護保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書」を「納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書」に改め、同表20の項様式の名称の欄中「納入通知書（介護保険料額変更通知書）兼特別徴収額（仮徴収）変更通知書特別徴収中止通知書」を「納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収中止通知書」に改め、同表23の項様式の名称の欄中「介護保険料過誤納金整理票兼還付通知書」を「介護保険料還付（充当）通知書」に改め、同表24の項様式の名称の欄中「介護保険料過誤納金整理票兼充当通知書」を「介護保険料充当通知書」に改め、同表25の項様式の名称の欄中「介護保険料納入通知書」を「納入通知書（保険料額決定通知書）」に改め、同表26の項様式の名称の欄中「納付書兼領収書」を「納付書兼領収証書」に改め、同表31の項様式の名称の欄中「督促状兼納付書」を「督促状」に改め、同表37の項を削り、同表38の項様式の名称の欄中「別記第38号様式」を「別記第37号様式」に改め、同項を同表37の項とする。

別記第1号様式から第6号様式までを次のように改める。

別記
第1号様式

(表)

(一)				(二)				(三)							
介護保険被保険者証				要介護状態区分等				給付制限							
被 保 険 者	番 号			認定年月日						内容	期 間				
	住 所			(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)							開始年月日 終了年月日				
	フリガナ			認定の有効期間				～			開始年月日 終了年月日				
	氏 名			居宅サービス等				区分支給限度基準額			開始年月日 終了年月日				
	生年月日			性別		1月当たり									
交付年月日				認定審査会の意見及びサービスの種類の指定				～		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					
保険者番号並びに保険者の名称及び印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 浦安市 印								サービスの種類				種類支給限度基準額			
介護保険施設等 種類 名称 種類 名称								届出年月日							
								届出年月日							
								届出年月日							
								届出年月日							
								入所等年月日							
								退所等年月日							
								入所等年月日							
								退所等年月日							

(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 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 三 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 四 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者提出者に提出してください。
- 五 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

(五)

- 六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 八 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません）。
- 九 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額（事業者提供が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。

(裏)

(六)

- 十 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 十一 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 十二 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 十三 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
- 十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

有効期限									
被 保 険 者	番 号								
	住 所								
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日		性別						
交付年月日									
要介護状態区分等									
認定年月日 <small>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</small>									
認定の有効期間		～							
居宅サービス等		区分支給限度基準額							
		～ 1月当たり							
(うち種類支給限度基準額)		サービスの種類	種類支給限度基準額						
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定									
給付制限		内 容	期 間						
			開始年月日 終了年月日						
			開始年月日 終了年月日						
			開始年月日 終了年月日						
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称		届出年月日							
		届出年月日							
		届出年月日							
介護保険施設等	種 類	入所等年月日							
	名 称	退所等年月日							
	種 類	入所等年月日							
	名 称	退所等年月日							
保険者番号並びに保険者の名称及び印		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">浦安市 印</p>							

裏面の注意事項を確認してください。

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 2 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 3 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。
- 4 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
- 5 この証の有効期限を経過した場合は、使用することができません。
- 6 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 7 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 8 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）。
- 9 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。
- 10 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 11 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 12 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 13 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を3割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が3割である場合は4割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

第4号様式

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

(宛先) 浦安市長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

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

*届出人が被保険者本人の場合、届出人住所・電話番号は記入不要です。

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

世 帯 主	個人番号																																						
	氏名																		生年月日																				

異 動 前 情 報	従前の住所																												電話番号										
	*異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと																																						
	施設	名称																											退所(居)年月日										

異 動 後 情 報	現住所																												電話番号										
	*異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと																																						
	施設	名称																											入所(居)年月日										

第5号様式

介護保険 被保険者証交付申請書

(宛先) 浦安市長

次のとおり申請します。

		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		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

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

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

別記第8号様式から第10号様式までを次のように改める。

様

浦安市長



介護保険 他市町村住所地特例者連絡票

次の者が本市所在の住所地特例対象施設に入所・入居しましたので、連絡します。

転入年月日	
入所（居）年月日	

対象者	被保険者番号																			
	フリガナ													生年月日						
	氏名													性別						
	転入前住所																			
	現住所																			
	備考																			

入所（居）した施設	名称																		
	電話番号													FAX番号					
	所在地																		

様

浦安市長



介護保険 住所地特例施設変更通知書

次の者が以下のとおり入所（居）施設を変更しましたので、通知します。

対象者	被保険者番号													
	フリガナ												生年月日	
	氏名												性別	
	現住所													
	備考													

変更年月日	
-------	--

変更前施設	名称												
	電話番号								FAX番号				
	所在地												
変更後施設	名称												
	電話番号								FAX番号				
	所在地												

第10号様式

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

(宛先) 浦安市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号																						
	医療 保険	保険者名											保険者番号																					
		被保険者証	記号											番号											枝番									
	フリガナ											生年月日	年 月 日 (歳)																					
	氏名											性別																						
	住所	〒										電話番号																						
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要支援状態区分 1 2					要介護状態区分 1 2 3 4 5																										
			有効期間 年 月 日 ~ 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 []										現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日																					
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 ~																						
介護保険施設等の名称等・所在地										期間 ~																								
医療機関等の名称等・所在地										期間 ~																								
医療機関等の名称等・所在地										期間 ~																								

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

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

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

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

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、浦安市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

(代筆者氏名)

別記第10号様式の次に次の別記様式を加える。

別記第11号様式から第13号様式までを次のように改める。

様

浦安市長



介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書

年 月 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			
認定の有効期間	から		まで
備 考			

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

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。

様

浦安市長



介護保険 要介護認定・要支援認定等却下通知書

年 月 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 理 由			
備 考			

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 号
年 月 日

様

浦安市長



介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書

年 月 日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等を次のとおり延期しますので、通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
延期理由			
処理見込期間			

別記第15号様式及び第16号様式を次のように改める。

様

浦安市長



介護保険 要介護認定・要支援認定取消通知書

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

被保険者番号		被保険者氏名	
取消理由			
備考			

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

提出先：
提出期限： 年 月 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。

様

浦安市長



介護保険 診断命令書

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

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

診断を行う医療機関	名称	
	担当医師名	
	所在地	
	電話番号	

診断を受ける日時 あるいは期間	
診断を受ける場所	

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

別記第18号様式から第26号様式までを次のように改める。

年度 介護保険収入状況簡易申告書

次のとおり届け出ます。

申告提出年月日 _____ 年 月 日

対象者番号		対象者氏名	
生年月日		職業	
現住所		電話番号	
		世帯主の氏名 及び続柄	

① 所得金額等 (_____ 年1月1日～12月31日までの収入または所得)

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

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください)	左の資産を 取得した年月日	譲渡した年月日	特別控除額
1 土地建物等	年 月 日	年 月 日	交換買換・収用・居住財産 その他() 円
2 その他の資産			



年度 納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

年度分（年度調定分）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。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			

決定年月日	
決定理由	

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

年間保険料額

これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

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

保険料段階の算出根拠

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

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関	-----		
口座種目	口座番号		
口座名義人			

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。

浦安市長



年度 納入通知書 (保険料額変更通知書) 兼特別徴収中止通知書

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

Table with 2 columns: 被保険者番号, 被保険者氏名, 生年月日, 性別, 住所

Table with 2 columns: 変更年月日, 変更理由

Main table with columns: 年間保険料額, 月, 期別, 変更前の保険料額 (特別徴収, 普通徴収), 変更後の保険料額 (特別徴収, 普通徴収), 普通徴収の場合の納期限

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

Table with 7 columns: 期間, 月数, 保険料段階, 保険料額, 保険料算出額, 減免額, 減免後保険料額

保険料段階の算出根拠

Table with 6 columns: 本人課税区分, 世帯課税区分, 生活保護, 老齢福祉年金, 公的年金等の収入金額, 合計所得金額

普通徴収 (口座振替等) の場合の口座情報

Table with 3 columns: 金融機関名, 口座種目, 口座番号, 口座名義人

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。

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、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。

浦安市長



介護保険料徴収猶予取消通知書

年 月 日に承認しました 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	
--------	--	--------	--

徴収猶予取消年月日	
取 消 理 由	
備 考	

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				

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。

浦安市長



介護保険料減免取消通知書

年 月 日に承認しました 年度分介護保険料の減免については、次のとおり取り消しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
減免取消年月日		取消した減免額	
取消前保険料額		取消後保険料額	
取消理由			
備考			

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			

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。

浦安市長



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)			
備考			

還付する金額	納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳					備考
過誤納金算出年度 (賦課年度：)	期別	徴収方法	納めた金額	過誤納金額	保険料	
①納め過ぎた金額（過誤納金額）						
②他の未納期別へ割り当てする金額 (充当金額)						
③還付加算金						
①-②+③ お返しする金額（還付金額）						
	合	計				

充当先金額の内訳								
賦課年度	調定年度	期別	保険料	保険料充当金額	督促手数料	督促手数料充当金額	延滞金	延滞金充当金額

還付金の受取方法

お返しする保険料・延滞金を以下の金融機関に振り込みます。

還付口座	金融機関			
	口座種目	口座番号		
	口座名義人			
	備考			

取扱金融機関がない人は 〃 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

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、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。

浦安市長



介護保険料充当通知書

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（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

納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳

過誤納金算出年度 (賦課年度：)	期別	徴収方法	納めた金額	過誤納金額	保険料	備考
①納め過ぎた金額（過誤納金額）						
②還付加算金						
①+②他の未納期別へ割り当てする金額（充当金額）						
合計						

充当先金額の内訳

賦課年度	調定年度	期別	徴収方法	保険料	保険料充当金額	備考
合計						

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。

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25号様式

第 号
年 月 日

浦安市長



年度 納入通知書（保険料額決定通知書）

年度分（年度調定分）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。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			

決定年月日	
決定理由	

年間保険料額

--

これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

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

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

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

納付場所

納期は

第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期
年 月 日から 年 月 日まで				
第 6 期	第 7 期	第 8 期	第 9 期	
年 月 日から 年 月 日まで				

保険料算定の基礎

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

保険料段階の算出根拠

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

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関		
口座種目	口座番号		
口座名義人			

個人情報保護のため、口座番号を一部非表示としています。

第26号様式

公 千葉県浦安市 納付書 (納入済通知書)

加入者名	口座記号番号	合計金額	円		
収納機関連番号	納付番号	確認番号	納付区分		
納期限	通知書番号	年度	期別		

督促手数料	円	延滞金	円
	円	合計金額	円
コンビニ等 収納用	収納代行:		(ご注意) バーコードがないもの、あっても読取ができないものや金額を訂正した場合、コンビニエンスストア等では納付できません。
	納付義務者名	指定期限	

領収日付印

浦安市保管・コンビニ等本部控

千葉県浦安市 納付書 (原符)

加入者名	円
口座記号番号	円
延滞金	円
督促手数料	円
合計金額	円
納付義務者名	
通知書番号	
納期限	
指定期限	

切り取らないでお出しく下さい。

千葉県
浦安市

収納代行

領収日付印

金融機関保管・コンビニ等店舗控

公 千葉県浦安市 領収証書 (公)
下記のとおり領収しました。

切り取らないでお出しく下さい。

加入者名	円
口座記号番号	円
延滞金	円
督促手数料	円
合計金額	円
納付義務者名	
通知書番号	
納期限	
指定期限	

交付日:
収納代行:

領収日付印

納付者保管・収入印紙不要

別記第28号様式を次のように改める。

介護保険料納付証明書

被保険者番号	
納付義務者氏名	

あなたが 年以内に支払った介護保険料は以下のとおりです。

納付済保険料額		
内 訳	普通徴収分	
	特別徴収分	
備 考	納付証明に関する補足	
	納付見込保険料額	
	保険料額合計	

上記のとおり介護保険料を納付したことを証明します。

年 月 日

浦安市長



別記第30号様式及び第31号様式を次のように改める。

第30号様式

第 号
年 月 日

様

浦安市長



介護保険料に係る延滞金減免決定・却下通知書

年 月 日付けで申請のありました介護保険料の延滞金の減免について、下記のとおり決定したので、通知します。

1 延滞金の減免を次のとおり決定します。

- | | |
|-------------|---|
| (1) 延滞金額 | 円 |
| (2) 減免の額 | 円 |
| (3) 減免後の延滞金 | 円 |

2 申請を却下します。

理由

不服の申立て及び取消訴訟

- この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、浦安市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、この決定があったことを知っ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。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第31号様式

督促状

以下の金額を至急市指定金融機関等（会計管理者）に納付（入）してください。

年 月 日

浦安市長



年度（ 年度分） 介護保険料 第 期					
未納額	円	延滞金	円	督促手数料	円
備考					
通知書番号					

※ご注意

【延滞金】

納期限の翌日から納付の日までの期間の日数に応じ、浦安市介護保険条例の規定に基づき計算した額の延滞金を徴収します。

【滞納処分】

督促状を発した日から10日を経過した日までに納付されない場合は、滞納処分を受けることになります。

【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。

別記第34号様式及び第35号様式を次のように改める。

第34号様式

介護保険償還払支給(不支給)決定通知書

年 月 日

様

浦安市長



先に申請のありました給付費につきまして、次のとおり決定しましたので通知いたします。

被保険者氏名		被保険者番号	
受付年月日		決定年月日	
サービス提供年月		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			
持参するもの	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請に使用した印鑑	口座払	
支払場所	振込先	金融機関名	
支払期間		本支店名	
		預金種目	
		口座番号	
		口座名義人	

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。

別記第37号様式を削る。

別記第38号様式を次のように改める。

第38号様式

(表)

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号									
	フリガナ									
	氏 名									
	生年月日									
	住 所 (転出先予定)									
	異動予定日									
<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>年 月 日 <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></tr></table></p> <p style="text-align: right;">浦安市長 印</p>										
認定済 ・ 申請中		申請年月日								
要介護状態区分		認定年月日								
認定の有効期間	から		まで有効							
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	()									
介護認定審査会の意見										
備 考										

裏面に注意事項を記入

(裏)

注意事項

- 1 この受給資格証明書は、介護保険法第36条に基づき、浦安市が交付したもので、被保険者証ではありません。したがって、この証で介護保険の保険給付を受けることはできません。
- 2 住所を異動した先の市(町村)が、新しい介護保険の保険者となり、あなたもその市(町村)の介護保険の被保険者となります。
- 3 住所を異動した際は、直ちにその市(町村)の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して要介護認定・要支援認定等の申請をしてください。
- 4 あなたが住所を異動した日から14日を過ぎますと、この証明書は無効となりますので十分に注意してください。
- 5 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、介護保険の保険給付が一部受けられなくなることがありますので十分に注意してください。

別記第38号様式を別記第37号様式とする。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。