

新旧対照表

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）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後		改 正 前	
<p>介護保険法（平成9年法律第123号）、介護保険法施行法（平成9年法律第124号）、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）及び浦安市介護保険条例（平成12年条例第3号）の施行に関し必要な様式は、次のとおりとする。</p>		同 左	
様式番号	様 式 の 名 称	様式番号	様 式 の 名 称
省 略		同 左	
6	<u>介護保険被保険者証等再交付申請書</u> （別記第6号様式）	6	<u>介護保険被保険者証再交付申請書</u> （別記第6号様式）
省 略		同 左	
10	<u>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</u> （別記第10号様式）	10	<u>介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書</u> （別記第10号様式）
10の2	<u>介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書</u> （別記第10号様式の2）		
省 略		同 左	
18	<u>介護保険収入状況簡易申告書</u> （別記第18号様式）	18	<u>介護保険料簡易申告書</u> （別記第18号様式）
19	<u>納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書</u> （別記第19号様式）	19	<u>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</u> （別記第19号様式）
20	<u>納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収中止通知書</u> （別記第20号様式）	20	<u>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</u> （別記第20号様式）
省 略		同 左	
23	<u>介護保険料還付（充当）通知書</u> （別記第23号様式）	23	<u>介護保険料過誤納金整理票兼還付通知書</u> （別記第23号様式）
24	<u>介護保険料充当通知書</u> （別記第24号様式）	24	<u>介護保険料過誤納金整理票兼充当通知書</u> （別記第24号様式）
25	<u>納入通知書（保険料額決定通知書）</u> （別記第25号様式）	25	<u>介護保険料納入通知書</u> （別記第25号様式）
26	<u>納付書兼領収証書</u> （別記第26号様式）	26	<u>納付書兼領収書</u> （別記第26号様式）
省 略		同 左	
31	<u>督促状</u> （別記第31号様式）	31	<u>督促状兼納付書</u> （別記第31号様式）

(下線の部分が改正部分)

改 正 後

改 正 前

省 略	
36	省 略
<u>37</u>	介護保険受給資格証明書 (別記第37号様式)

別 記

- 第1号様式 別紙のとおり
- 第2号様式 別紙のとおり
- 第3号様式 別紙のとおり
- 第4号様式 別紙のとおり
- 第5号様式 別紙のとおり
- 第6号様式 別紙のとおり
- 第8号様式 別紙のとおり
- 第9号様式 別紙のとおり
- 第10号様式 別紙のとおり
- 第10号様式の2 別紙のとおり
- 第11号様式 別紙のとおり
- 第12号様式 別紙のとおり
- 第13号様式 別紙のとおり
- 第15号様式 別紙のとおり
- 第16号様式 別紙のとおり
- 第18号様式 別紙のとおり
- 第19号様式 別紙のとおり
- 第20号様式 別紙のとおり
- 第21号様式 別紙のとおり
- 第22号様式 別紙のとおり
- 第23号様式 別紙のとおり

同 左	
同 左	同 左
<u>37</u>	介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書 (別記第37号様式)
<u>38</u>	介護保険受給資格証明書 (別記第38号様式)

別 記

- 第1号様式 別紙のとおり
- 第2号様式 別紙のとおり
- 第3号様式 別紙のとおり
- 第4号様式 別紙のとおり
- 第5号様式 別紙のとおり
- 第6号様式 別紙のとおり
- 第8号様式 別紙のとおり
- 第9号様式 別紙のとおり
- 第10号様式 別紙のとおり

- 第11号様式 別紙のとおり
- 第12号様式 別紙のとおり
- 第13号様式 別紙のとおり
- 第15号様式 別紙のとおり
- 第16号様式 別紙のとおり
- 第18号様式 別紙のとおり
- 第19号様式 別紙のとおり
- 第20号様式 別紙のとおり
- 第21号様式 別紙のとおり
- 第22号様式 別紙のとおり
- 第23号様式 別紙のとおり

(下線の部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
第24号様式 別紙のとおり	第24号様式 別紙のとおり
第25号様式 別紙のとおり	第25号様式 別紙のとおり
第26号様式 別紙のとおり	第26号様式 別紙のとおり
第28号様式 別紙のとおり	第28号様式 別紙のとおり
第30号様式 別紙のとおり	第30号様式 別紙のとおり
第31号様式 別紙のとおり	第31号様式 別紙のとおり
第34号様式 別紙のとおり	第34号様式 別紙のとおり
第35号様式 別紙のとおり	第35号様式 別紙のとおり
<u>第37号様式</u> 別紙のとおり	<u>第37号様式</u> 別紙のとおり
<u>附 則</u>	
<u>この規則は、公布の日から施行する。</u>	

別記
第1号様式

改正後

(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 届出年月日 届出年月日 届出年月日			
保険者番号並びに保険者の名称及び印 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: right;">浦安市 印</p>											サービスの種類 種類支給限度基準額 ～ 種類 種類支給限度基準額 ～			介護保険施設等	種類	入所等年月日
								種類	名称	退所等年月日	
								種類	種類	入所等年月日	
								名称	名称	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に提出してください。
- 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 認定の有効期限を超過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を超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。

(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。

(裏)

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

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												F A X 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)

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			

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。

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。



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。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日		性別	
住所			

変更年月日	
変更理由	

年間保険料額	月	期別	変更前の保険料額		変更後の保険料額		普通徴収の場合の納期限
			特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	
	4月						
	5月						
	6月						
	7月						
	8月						
	9月						
	10月						
	11月						
	12月						
	1月						
	2月						
	3月						
	計						
	合計額						
	差引増減額						

これまで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	

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
(変更前)	～						
(変更後)	～						

保険料段階の算出根拠

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

普通徴収 (口座振替等) の場合の口座情報

金融機関名			
口座種目		口座番号	
口座名義人			

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 過誤納金算出年度 (賦課年度：)	納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳					備考
	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	バーコード 使用期限

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

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



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。

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。

(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		
有効期限			認定年月日						内容
認定の有効期間			認定の有効期間			期間		
被 保 険 者	番号		訪問通所(通院)サービス			開始年月日 終了年月日		
	住所		区分支給限度基準額						開始年月日 終了年月日
	フリガナ		サービス			開始年月日 終了年月日		
	氏名		1月当たり						開始年月日 終了年月日
	生年月日		サービスの種類			開始年月日 終了年月日		
交付年月日		種類支給限度基準額			居宅介護支援事業者及びその事業所の名称			
保険者番号並びに保険者名称及び印			短期入所サービス					届出年月日
浦安市 印			区分支給限度基準額			届出年月日		
電話			認定審査会の意見及びサービスの種類の指						種類 名称 種類 名称
			認定審査会の意見及びサービスの種類の指			入所入院 年月日 退所退院 年月日 入所入院 年月日 退所退院 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 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提出してください。
- 三 老人保健の健康手帳の交付を受けている場合であつて、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護の指定居宅サービス又は介護保健施設サービス若しくは介護療養施設サービスを受けようとするときは、この証に健康手帳を添えて、事業者又は施設の窓口提出してください。
- 四 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)

- 五 居宅サービスについては、居宅介護支援事業者に介護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を作成し、市町村に届けた場合に限り現物給付となります。これらの手続きをしない場合は、市町村から事後払い(償還払い)になります。
- 六 居宅サービスには保険給付の限度額が設定されます。
- 七 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(入所又は入院中の食事に要する費用を除く。)の1割です(居宅介護支援サービスの利用支払額はありません。)また、入所又は入院中の食事に要する費用については、一日につき定額の標準負担額となります。
- 八 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。

(裏)

(六)

- 九 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 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。
- 十一 この証の有効期限を経過したときは、使用することはできませんので、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けてください。
- 十二 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。
- 十三 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とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。

第2号様式

(表)
介護保険資格者証

有効期間		年 月 日	
被 保 険 者	番 号		
	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
	交付年月日	年 月 日	
要介護状態区分等		認定年月日	年 月 日
認定の有効期間		年 月 日から	年 月 日まで
訪問通所(通院)サービス		区分支給限度基準額	
(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	
短期入所サービス		区分支給限度基準額	
		日	
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及びその事業者の名称		届出年月日	
		届出年月日	
		届出年月日	
介 護 保 険 施 設 等	種 類	入所年月日	
	名 称	入院	
	種 類	退所年月日	
	名 称	退院	
介護保険施設等		入所年月日	
		入院	
		退所年月日	
		退院	
保険者番号並びに保険者名称及び印		年 月 日	
		浦安市 印	

(裏)

注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ浦安市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出してください。
- 3 老人保健の健康手帳の交付を受けている場合であって、訪問介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、若しくは短期入所療養介護の指定居宅サービス又は介護保険施設サービス若しくは介護療養施設サービスを受けようとするときは、この証に健康手帳を添えて、事業者又は施設の窓口に出してください。
- 4 居宅サービスについては、居宅介護支援事業者に介護サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ浦安市に届けた場合又は自ら介護サービス計画を作成し、浦安市に届けた場合に限り現物給付となります。これらの手続をしない場合は、浦安市からの事後払い(償還払い)になります。
- 5 居宅サービスには保険給付の限度額が設定されます。
- 6 介護サービスを受けるときには支払う金額は、介護サービスに要した費用(入所又は入院中の食事に要する費用を除く。)の1割です。(居宅介護支援サービスの利用支払額はありませぬ。)また、入所又は入院中の食事に要する費用については、1日につき定額の標準負担額となります。
- 7 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。
- 8 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を浦安市に返してください。
- 9 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、浦安市にその旨を届け出てください。
- 10 この証の有効期限を経過したときは、使用することはできません。
- 11 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。
- 12 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を浦安市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割とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。

第3号様式

介護保険資格取得・異動・喪失届

届出日														
異動日														
新住所						世帯主				届出人	住所	電話番号		
旧住所						世帯主					氏名			
氏名		フリガナ	生年月日	性別	続柄	要介護	被保険者番号		施設入所の有無		備考			
1				男・女		有・無			有・無					
2				男・女		有・無			有・無					
3				男・女		有・無			有・無					
4				男・女		有・無			有・無					
5				男・女		有・無			有・無					
事務処理欄					本年1月1日の住所									

取得事由	喪失事由	異動事由
市外転入	市外転出	氏名変更
職権復活	職権喪失	住所変更
65歳到達	死亡	世帯変更
適用除外非該当	適用除外該当	
その他取得	その他喪失	

第4号様式

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

年 月 日

(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・電話番号は記載不要

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

世帯主氏名		生年月日	年 月 日
世帯主との続き柄		性別	男 ・ 女

異 動 前 情 報	従前の住所	電話番号		
	異動前の住所が施設の場合、以下も記入のこと。			
	施設	名称		
	退所年月日	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		
	入所年月日	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・電話番号は記載不要

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

医療保険者名	
医療保険被保険者証記号番号	

第6号様式

介護保険被保険者証再交付申請書

(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・電話番号は記載不要

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

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	
医療保険被保険者証記号番号	

第8号様式

介護保険他市町村住所地特例者連絡票

年 月 日

様

浦安市長



次の者が本市所在の介護施設に転入しましたので、連絡します。

転入年月日	年 月 日
入所年月日	年 月 日

対 象 者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	転入前住所			

入 所 し た 施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	

第9号様式

介護保険住所地特例施設変更通知書

年 月 日

様

浦安市長



次の者が下記のとおり入所施設を変更しましたので、通知します。

対象者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
				性別	男 ・ 女

変更年月日	年 月 日
-------	-------

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

介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書

（宛先）浦安市長
次のとおり申請します。

提出者	氏名又は名称	被保険者との続柄 ()		申請年月日	年	月	日
	住所又は所在地	〒 _____ ※本人及び親族以外の提出者は、押印が必要です。 【電話番号】 _____ (印)					
	提出者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 ()					
介護保険被保険者	フリガナ		性別	被保険者番号			
	氏名		男・女	生年月日	年	月	日 (歳)
	住所	〒 _____ 【電話番号】 _____					
	現在の要介護認定	要支援状態 : 1 2		要介護状態 : 1 2 3 4 5			
	申請の理由	有効期間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日					
主治医(かかりつけ医)	フリガナ		フリガナ				診療科目
	医療機関名		主治医氏名				科
	医療機関所在地等	〒 _____ 【定期受診】 有 ・ 無 最近の受診日 (/) 【電話番号】 _____					
認定調査に必要となる内容	調査場所	自宅 / その他 : _____ 〒 _____	日中の連絡先	【氏名】 _____	【電話】 _____		
		【電話】 _____	立会いされる人	【氏名】 _____	【続柄】 _____		
	指定居宅介護支援事業者名			備考			
第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入（※医療保険被保険者証を提示してください。）							
特定疾病名							

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するときに必要があるときは、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 _____

第 号
年 月 日

様

浦安市長



介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書

年 月 日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、浦安市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	

認定結果

--

理由

--

「要介護」及び「要支援」の場合、その認定期間等

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

- ・ 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ことがあります。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。
- ・ サービスの種類を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。
- ・ 浦安市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

この通知書について不服があるときは、この通知書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審査請求をすることができます。

第12号様式

第 号
年 月 日

様

浦安市長



介護保険要介護認定・要支援認定等却下通知書

年 月 日あなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請を却下します。
なお、変更申請前の要介護認定・要支援認定が引き続き有効となります。

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 氏 名	

却下理由

--

不服の申立て

この通知書について不服があるときは、この通知書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審査請求をすることができます。

第13号様式

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

第15号様式

介護保険要介護認定・要支援認定取消通知書

様

年 月 日

浦安市長



年 月 日に行われた要介護認定・要支援認定を浦安市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

- ・被保険者証を浦安市 年に提出してください。
提出期限： 年 月 日
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

問い合わせ先

不服の申立て

この通知書について不服があるときは、この通知書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審査請求をすることができます。

介護保険診断命令書

年 月 日

様

浦安市長



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当たって、医師の意見を求める必要があるので、下記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	

* 診断を受ける日時又は期間	
* 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浦安市介護保険課の両方に必ず連絡してください。
- 3 この診断を受けないときは、介護保険法第27条第13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。

第18号様式

介護保険料簡易申告書

		整理番号	
被保険者	住所		
	氏名		被保険者番号
	生年月日		個人コード
	電話番号		控除配偶者氏名

	収入金額	所得金額
給与		
公的年金		

※欄には記入しないでください。

社会保険料	社会保険		国民健康保険		※
	国民年金		その他()		
生命保険料	一般の保険料		個人年金保険料		※
損害保険料	短期保険料		長期保険料		※
該当するものを○で囲んでください。		<input type="checkbox"/> 老年者・寡婦・特別寡婦・寡夫			※
障がい者氏名		級		級	※
配偶者控除	※	配偶者特別控除	※		※
扶養控除	※	基礎控除	※		※
課税の有無	※ 課税・非課税	控除額合計			※

年度 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

年 月 日

浦安市長



介護保険料額について次のとおり年金から特別徴収しますので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
決定年月日			
決定事由			

〔年間保険料額〕

年度に納付する保険料額	円
-------------	---

〔貴世帯分保険料額〕

	円
--	---

〔保険料算定の基礎〕

期 間	月 数	所得段階区分	保 険 料 率

〔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	

保 険 料 算 定 額	保 険 料 額

〔期別保険料額〕

納 期 ・ 月 (普徴・特徴)	納 期 限	保 険 料 額	
		普 通 徴 収	特 別 徴 収
計			
合 計			

〔お問い合わせ先〕

住 所
電話番号

不服の申立て

この通知について不服があるときは、この通知書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。

- ※ 暫定賦課時に発行する通知書には仮徴収期の保険料額のみ表示していますので保険料算定基礎数値や年間保険料額等は記載しておりません。
- ※ 普通徴収の保険料について、あなたが世帯主として連帯納付義務を負っている世帯員分の介護保険料の合計が記載されています。(世帯主本人を含む。)
- ※ 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。

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

年 月 日

様

浦安市長



被保険者氏名		被保険者番	
生年月日		性別	
変更事由		変更年月日	

〔年間保険料額〕

年度に納付する保険料額	円
-------------	---

〔貴世帯分保険料額〕

	円
--	---

〔これまでの保険料額〕

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

〔これからの保険料額〕

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

〔期別保険料額〕

納期・月		変更前の保険料額		変更前の保険料額	
普徴	特徴	普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収
計					
合計額					
差引増減額					
保険料段階					

- ※ 暫定賦課時に発行する通知書には仮徴収期の保険料額のみ表示していますので保険料算定基礎数値や年間保険料額等は記載していません。
- ※ 普通徴収の保険料について、あなたが世帯主として連帯納付義務を負っている世帯員分の介護保険料の合計が記載されています。(世帯主本人を含む。)
- ※ 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。

〔保険料算定の基礎〕

期間	月数	所得段階区分	保険料率	保険料算定額	保険料額

〔普通徴収の場合の納期限〕

納期	納期限	納期	納期限

不服の申立て

この通知について不服があるときは、この通知書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。

第21号様式

第 号
年 月 日

様

浦安市長

印

介護保険料徴収猶予取消通知書

年 月 日第 号で承認しました 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。

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

徴収猶予取消年月日	
取 消 理 由	

納 期	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

この通知について不服があるときは、この通知書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。

第 号
年 月 日

様

浦安市長



介護保険料減免取消通知書

年 月 日第 号で承認しました 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。

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

減免取消年月日		取消減免額	
取消前保険料額		取消後保険料額	
取消理由			

納 期	取消前保険料額	取消減免額	減免後保険料額
合 計			

不服の申立て

この通知について不服があるときは、この通知書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。

様

浦安市長



年度 介護保険料過誤納金整理票兼還付通知書

あなたに納入していただきました保険料が還付となりますので、お返しいたします。

氏 名		支払金額	
住 所			

被保険者番号	年度/期	過誤納発生日	過誤納発生事由

納付すべき保険料	納付額	過誤納額	還付額	返納額	還付加算金

※ 過誤納額と還付額に差額がある場合は、既に充当等が行われています。

支払方法		支払予定日	
金融機関名		本支店名	
口座番号		種別	口座名義人

受領方法は(1)銀行振込 (2)窓口受領があります。

- (1) 銀行振込の場合 上記口座へ振込予定です。
上記口座に記入がない場合は、同封の預金口座振込依頼書に必要事項を記入の上返信用封筒で御返送ください。
- (2) 窓口受領 下記の過誤納金還付請求書欄に住所、氏名を記入し、押印したものと印鑑をお持ちになって通知書受け取り後1ヶ月以内に、浦安市役所会計課の窓口までおいでください。
なお、本人が来庁できない場合は、委任状と代理の方の印鑑が必要となります。
平日の午前9時から午後3時までにおいでください。

上記の金額を受領しました。

浦安市会計管理者 様

年 月 日

住 所

氏 名

過誤納金還付請求書

上記の金額を請求いたします。

年 月 日

住 所
氏 名



委任状

委任者 住 所
氏 名



私は、下記の者を代理人と定め上記の還付金に関する一切の権限を委任します。

受給者 住 所
氏 名

第25号様式

年度介護保険料納入通知書

お願い

この納付書は、直接機械で処理しますので汚したり折り曲げたりしないでください。

様

通知書番号

あなたの介護保険料額は別紙記載のとおりになりましたので通知します。

整理番号

年 月 日

この介護保険料の賦課の根拠となった法令等の要旨は、裏面に記載してあります。

介護保険料の賦課について

- 賦課の根拠は この介護保険料は、介護保険法第129条及び浦安市介護保険条例の規定により賦課されます。
- 賦課期日は 4月1日。ただし、年度の途中で資格を取得した場合は、その日の属する月から翌年3月までの月数に応じて賦課されます。また、賦課期日後に転出等により資格を喪失した場合は、資格を喪失した日の属する月の前月まで月割りをもって算定します。
- 納付義務者は 被保険者である本人及び連帯納付義務を負っている世帯主又は配偶者
- 不服申立ては 介護保険料の賦課について不服があるときは、この納入通知書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て審査請求をすることができます。
- 納期限までに納めない場合は 納期限の翌日から保険料完納する日までの期間の日数に応じ保険料(1,000円未満の端数があるとき、又はその保険料額が2,000円未満であるときは、その端数金額又は全額を切り捨てます。)に年14.6パーセント {納付期限の翌日から1月を経過する日までの期間については、年7.3パーセント(当該期間のうち平成12年1月1日以降の期間については、前年の11月末日の公定歩合に年4パーセントを加算した割合が年7.3パーセントに満たない場合には、その年内においては、当該公定歩合に年4パーセントを加算した割合)} の割合を乗じて計算した額の延滞金を徴収します。
- 御不明な点は、介護保険課にお問い合わせください。
また、不慮の災害等の理由により、生活が困窮し、介護保険料の納付が著しく困難になった場合についても介護保険課に御相談ください。

※ 介護保険料の賦課については、(1)市県民税申告書(2)確定申告書(3)介護保険料申告書等のいずれかに基づいて行っています。しかし、市川税務署以外の税務署に確定申告をされたり、期限後に申告をされたり、あるいは調査の結果所得等が判明した場合は、改めて介護保険の賦課の通知(納入通知書)を送付させていただくこととなりますので御了承ください。

介護保険料算定の基礎

期 間	月 数(1)	所得段階区分	通知書番号
保険料率(2)	保険料率算出額(2) * (1) / 12		様

介護保険料額は

期 別	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期
納 期 限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
保 険 料 額					
期 別	第 6 期	第 7 期	第 8 期	第 9 期	
納 期 限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
保 険 料 額					

納付場所は

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				

年度 介護保険料領収証書

通知書番号					様
期別・納期限	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
保険料額	円	円	円	円	円
延滞金	円	円	円	円	円
合計額	円	円	円	円	円
領収日付印	1	2	3	4	5
期別・納期限	第6期	第7期	第8期	第9期	
保険料額	円	円	円	円	
延滞金	円	円	円	円	
合計額	円	円	円	円	
領収日付印	6	7	8	9	

右記金額のうち領収日付印の押してある期の分を領収いたしました。
この領収証書は大切に保管してください。

年度	納付書兼領収書
----	---------

口座番号	
加入者名	

口座番号	
加入者名	

口座番号		加入者名	
------	--	------	--

年度 領収済通知書

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

〒	
	様

保 険 料 額		円
		円
延 滞 金		円
合 計		円
領 収 日 付 印		

年度
納付書

様

通知書番号	期別
納期限	
保険料額	
延滞金	
合計	
領収日付印	

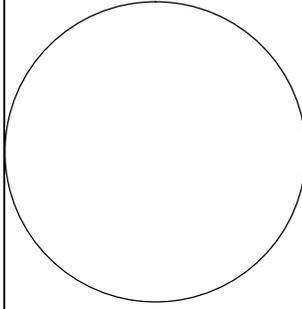
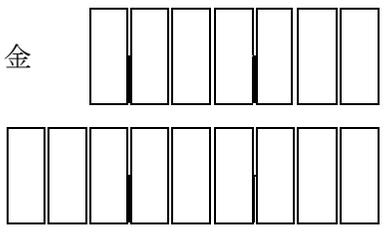
通知書番号	期別

発行年月日	納期限
年 月 日	

この領収書は大切に保存して下さい

浦 安 市

(金融機関・受入郵便局控)
浦 安 市

市町村 コード	帳票 区分	税目 コード	課税 年度	通知書番号	期別	保険料額 円	納期限
年度分				浦安市指定金融機関 浦安市収納代理金融機関 郵便局		本書のとおり 領収しました ので通知しま す。	
領収日付印				浦安市 会計管理者様		延滞金	
				取りまとめ 郵便局		合計	
				東京貯金 事務センター (郵便番号)			

浦 安 市

この納付書は、直接機械で処理しますので汚したり折り曲げたりしないでください

納

第28号様式

介護保険料納付証明書

被保険者番号	
被保険者氏名	

あなたが 年 月 日から 年 月 日までに支払った介護保険料は、以下のとおりです。

年度	納付済保険料額	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。

年 月 日

浦安市長



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

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、市長に対し行政不服審査法による審査請求をすることができます。

第31号様式

年度

督促状兼納付書

年 月 日現在作成

領収証書は大切に保管してください。

様

納 期 限	年 月 日
保 険 料 額	円
延 滞 額	円
合 計	円

右記保険料が未納となっておりますので、先に送付しました納入通知書またはこの納付(入)書のどちらか一方で至急納付(入)してください。

※本状、到着前に納められた場合は行き違いですのでご容赦ください。

年 月 日

領 収 日 付 印

納付(入)方法

さきに送付しました納入通知書またはこの納付(入)書のどちらか一方を持参のうえ、お近くの金融機関にて納めてください。
市外居住の方でお近くの金融機関で納められない場合は、お近くの郵便局にて払込用紙を請求し、下記の口座に納めてください。
また、現金書留にて送金される場合は、必ず本状を同封してください。

納付(入)場所

ご 注 意

延滞金 --- 納期限の翌日から税金完納の日までの期間の日数に応じ税額(1,000円未満の端数があるとき、又はその全額が2,000円未満であるときは、その端数金額又は全額を切り捨てます。)に年14.6パーセント{納期限の翌日から1月を経過する日までの期間については、年7.3パーセント(当該期間のうち平成12年1月1日以降の期間については、前年の11月末日の公定歩合に年4パーセントを加算した割合が年7.3パーセントに満たない場合には、その年内においては、当該公定歩合に年4パーセントを加算した割合)}の割合を乗じて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完納されない場合は滞納処分を受けることになります。

不服申立て --- この通知書について不服があるときは、この通知書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審査請求をすることができます。

連絡先

切り離さずにこのまま金融機関へお持ちください。

年度 領収済通知書

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

市町村 コード	帳票 区分	税目 コード	課税 年度			保険料額 円	納期限 年 月 日												
年度分				本書のとおり 領収しました ので通知いた します。 浦安市 会計管理者様 取りまとめ 郵便局 東京貯金 事務センター (郵便番号)	延滞金 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 合計 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>														
浦安市指定金融機関																			
浦安市収納代理金融機関																			
郵便局 領収日付印																			

浦 安 市

(この納付書は、直接機械で処理しますので汚したり折り曲げたりしないでください)

年度 納付書
様

保険料額	円
延滞金	円
合計	円
納期限	領収日付印
年 月 日	
浦安市	

(金融機関・受入郵便局控)

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

この通知について不服があるときは、この通知書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。

第35号様式

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		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"> </td> </tr> </table>					
		生 年 月 日					
		性 別					
		年 月 日生					
		男 ・ 女					
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者							
事業者の事業所名		事業所の所在地 〒					
		電話番号 ()					
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入して下さい。					
変更年月日 (年 月 日付)							
上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。							
年 月 日							
住所		電話番号 ()					
被保険者							
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 style="width: 25%; border: none;"> </td> </tr> </table>					

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに浦安市へ提出して下さい。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず浦安市に届け出して下さい。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。

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

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	年	月	日生	性別 男・女
住所	〒 電話番号			
支払った標準負担額等	支払った期間	年	月	日から 年 月 日まで
	支払った標準負担額	..... 円		
食事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			
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日	年	月	日
	適用年月日	年	月	日
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由	.....		
様	入所期間	年	月	日から 年 月 日まで
上記のとおり関係書類を添えて食事に係る標準負担額差額の支給を申請します。				
年 月 日				
住所	.....		
申請者 氏名	..... 電話番号			
(印)				

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 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普通預金	.....
	.....	.....	2当座預金	.....
	フリガナ 口座名義人	.....	

市記入欄

領収証 確認欄	備 考
.....

(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	年 月 日	男 ・ 女
	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;">年 月 日</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	年 月 日から 年 月 日まで有効		
認定審査会の意見等			
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38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場合がありますので十分に注意してください。