

松江市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

松江市介護保険条例施行規則（平成 17 年松江市規則第 142 号）の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改め、改正後欄に掲げる規定で改正前欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを加え、改正前欄に掲げる規定で改正後欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを削る。

改正後	改正前
<p>目次</p> <p>第 1 章～第 4 章 略</p> <p>第 5 章 保険料(第 20 条—<u>第 29 条</u>)</p> <p>第 6 章 雑則(<u>第 30 条・第 31 条</u>)</p> <p>(被保険者証の紛失等)</p> <p>第 10 条 被保険者は、被保険者証を失ったため再交付を求めようとするときは、<u>介護保険被保険者証等再交付申請書</u>(様式第 5 号)を市長に提出しなければならない。</p> <p>(資格者証)</p> <p>第 11 条 市は、法第 27 条第 1 項、第 28 条第 2 項、第 32 条第 1 項又は第 33 条第 2 項の申請があったとき、又は特に必要があると認められるときは、被保険者証に代えて<u>介護保険資格者証</u></p> <p>(様式第 6 号)を交付することができる。</p> <p>2 略</p> <p>(特定入所者の負担限度額等)</p> <p>第 15 条 特定入所者の負担限度額にかかる認定を受けようとする被保険者は、その事実の生じた日後速やかに、介護保険負担限度額認定申請書(様式第 9 号)及び同意書(<u>様式第 10 号</u>)を市長に提出しなければならない。</p>	<p>目次</p> <p>第 1 章～第 4 章 略</p> <p>第 5 章 保険料(第 20 条—<u>第 30 条</u>)</p> <p>第 6 章 雑則(<u>第 31 条・第 32 条</u>)</p> <p>(被保険者証の紛失等)</p> <p>第 10 条 被保険者は、被保険者証を失ったため再交付を求めようとするときは、<u>介護保険被保険者証再交付申請書</u>(様式第 5 号)を市長に提出しなければならない。</p> <p>(資格者証)</p> <p>第 11 条 市は、法第 27 条第 1 項、第 28 条第 2 項、第 32 条第 1 項又は第 33 条第 2 項の申請があったとき、又は特に必要があると認められるときは、被保険者証に代えて<u>介護保険資格者証(介護保険暫定被保険者証)</u></p> <p>(様式第 6 号)を交付することができる。</p> <p>2 略</p> <p>(特定入所者の負担限度額等)</p> <p>第 15 条 特定入所者の負担限度額にかかる認定を受けようとする被保険者は、その事実の生じた日後速やかに、介護保険負担限度額認定申請書(様式第 9 号)及び同意書(<u>様式第 9 号の 2</u>)を市長に提出しなければならない。</p>

ならない。

(高額介護サービス費等の支給)

第 16 条 法第 51 条又は第 61 条の規定による高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費の支給を受けようとする被保険者は、介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書 (様式第 11 号)を市長に提出しなければならない。

(高額医療合算介護サービス費等の支給)

第 16 条の 2 法第 51 条の 2 に規定する高額医療合算介護サービス費又は法第 61 条の 2 に規定する高額医療合算介護予防サービス費(次項において「高額医療合算介護サービス費等」という。)の支給を受けようとする者は、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書(様式第 12 号)を市長に提出しなければならない。

2 略

(居宅介護サービス費 等の支給)

第 17 条 法第 41 条、法第 42 条、第 42 条の 2、第 42 条の 3、第 46 条、第 47 条、第 48 条、第 49 条、第 51 条の 3、第 51 条の 4、第 53 条、第 54 条、第 54 条の 2、第 54 条の 3、第 58 条、第 59 条、第 61 条の 3 又は第 61 条の 4 に規定する居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、特例地域密着型介護サービス費、居宅介護サービス計画費、特例居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、特定入所者介護サービス費、特例特定入所者介護サービス費、介護予防サービス費、特例介護予

ならない。

(高額介護サービス費等の支給)

第 16 条 法第 51 条又は第 61 条の規定による高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費の支給を受けようとする被保険者は、介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書(様式第 10 号)を市長に提出しなければならない。

(高額医療合算介護サービス費等の支給)

第 16 条の 2 法第 51 条の 2 に規定する高額医療合算介護サービス費又は法第 61 条の 2 に規定する高額医療合算介護予防サービス費(次項において「高額医療合算介護サービス費等」という。)の支給を受けようとする者は、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書(様式第 10 号の 2)を市長に提出しなければならない。

2 略

(特例居宅介護サービス費等の支給)

第 17 条 _____法第 42 条、第 42 条の 2、第 42 条の 3____、第 47 条____、第 49 条、第 51 条の 3、第 51 条の 4____、第 54 条、第 54 条の 2、第 54 条の 3____、第 59 条、第 61 条の 3 又は第 61 条の 4 に規定する_____特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、特例地域密着型介護サービス費____、特例居宅介護サービス計画費____、特例施設介護サービス費、特定入所者介護サービス費、特例特定入所者介護サービス費____、特例介護予

防サービス費、地域密着型介護予防サービス費、特例地域密着型介護予防サービス費、介護予防サービス計画費、特例介護予防サービス計画費、特定入所者介護予防サービス費又は特例特定入所者介護予防サービス費の償還払いを受けようとする被保険者は、介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払い用) (様式第 13 号)を市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する _____

_____ サービス費について、給付金の受領を委任する被保険者は、介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(受領委任払用) (様式第 14 号)を市長に提出しなければならない。

(福祉用具購入費の支給)

第 18 条 法第 44 条又は第 56 条に規定する居宅介護福祉用具購入費又は介護予防福祉用具購入費の支給を受けようとする被保険者は、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (様式第 15 号)を市長に提出しなければならない。

(住宅改修費の支給)

第 19 条 法第 45 条又は第 57 条に規定する居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の支給を受けようとする被保険者は、介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書 (様式第 16 号)を市長に提出しなけ

防サービス費、地域密着型介護予防サービス費、特例地域密着型介護予防サービス費 _____、特例介護予防サービス計画費、特定入所者介護予防サービス費又は特例特定入所者介護予防サービス費の償還払いを受けようとする被保険者は、介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払い用) (様式第 11 号)を市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する 特例居宅介護サービス費、

特例地域密着型介護サービス費、特例居宅介護サービス計画費、特例特定入所者介護サービス費、特例介護予防サービス費、特例介護予防サービス計画費又は特例特定入所者介護予防 サービス費について、給付金の受領を委任する被保険者は、介護保険特例サービス費等支給申請書(受領委任)

_____ (様式第 12 号)を市長に提出しなければならない。

(福祉用具購入費の支給)

第 18 条 法第 44 条又は第 56 条に規定する居宅介護福祉用具購入費又は介護予防福祉用具購入費の支給を受けようとする被保険者は、介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (様式第 13 号)を市長に提出しなければならない。

(住宅改修費の支給)

第 19 条 法第 45 条又は第 57 条に規定する居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の支給を受けようとする被保険者は、介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書 (様式第 14 号)を市長に提出しなけ

ればならない。

(保険料の額の通知_____)

第 20 条 仮徴収に係る保険料の額及び条例第 11 条に規定する保険料の額の決定の通知は、納入通知書(介護保険料額決定通知書)(様式第 17 号)による。

2 普通徴収対象者であって、前項で通知された保険料を現金により納付する場合は、納付書(納入済通知書)(様式第 18 号)による。

3 仮徴収に係る保険料の額及び条例第 11 条に規定する保険料の額の変更通知は、納入通知書(介護保険料額変更通知書)(様式第 19 号)による。

ればならない。

(仮徴収保険料の額の通知)

第 20 条 仮徴収に係る保険料の額_____の通知は、次の各号に掲げる第 1 号被保険者の区分に応じ、当該各号に定める納付通知書による。

(1) 普通徴収対象者であって、現金により納付する者 介護保険料仮徴収開始通知書兼納付通知書(様式第 15 号)

(2) 普通徴収対象者であって、口座振替により納付する者、又は特別徴収対象者 介護保険料仮徴収開始通知書兼納付通知書(口座振替・特別徴収用)(様式第 15 号の 2)

2 仮徴収に係る保険料の額_____の変更通知は、介護保険料変更通知書(仮徴収)(様式第 16 号)による。

(保険料の額の決定又は更正通知)

第 21 条 条例第 11 条に規定する保険料の額の決定通知は、次の各号に掲げる第 1 号被保険者の区分に応じ、当該各号に定める納付通知書による。

(1) 普通徴収対象者であって、現金により納付する者 介護保険料納付通知書(様式第 17 号)

(2) 普通徴収対象者であって、口座振替により納付する者、又は特別徴収対象者

(保険料の納付通知)

第 21 条 条例第 7 条第 1 項に規定する各納期に納付すべき保険料の額の通知は、納入通知書(介護保険料額決定通知書)(様式第 17 号)及び納付書(納入済通知書)(様式第 18 号)による。

(口座振替等)

第 22 条 口座振替の方法により保険料を納付することとしている第 1 号被保険者(以下この条において「口座振替等による保険料納付被保険者」という。)への通知は、様式第 20 号による。

2 口座振替等による保険料納付被保険者について、当該預金口座又は貯金口座の残高不足、解約その他の理由により保険料が納

介護保険料決定通知書兼納付通知書(様式第 17 号の 2)

2 条例第 11 条に規定する保険料の額の更正通知は、介護保険料更正通知書(様式第 18 号)又は介護保険料決定通知書兼随時保険料納付通知書(様式第 18 号の 2)による。

(保険料の納付通知)

第 22 条 条例第 7 条第 1 項に規定する各納期に納付すべき保険料の額の通知は、次の各号に掲げる納期に応じ、当該各号に定める保険料納付通知書による。

(1) 第 1 期から第 4 期まで 介護保険料仮徴収開始通知書兼納付通知書又は介護保険料仮徴収開始通知書兼納付通知書(口座振替・特別徴収用)

(2) 第 5 期から第 12 期まで 介護保険料納付通知書又は介護保険料決定通知書兼納付通知書

(3) 随時期 介護保険料決定通知書兼随時保険料納付通知書又は介護保険料納付書兼領収済通知書(様式第 18 号の 3)

(口座振替等)

第 23 条 口座振替の方法により保険料を納付することとしている第 1 号被保険者(以下この条において「口座振替等による保険料納付被保険者」という。)への通知は、介護保険料口座振替開始通知書(様式第 19 号)による。

2 口座振替等による保険料納付被保険者について、当該預金口座又は貯金口座の残高不足、解約その他の理由により保険料が納

付されなかった場合の通知は、介護保険料口座振替不能通知書(様式第 21 号)による。

(保険料の徴収猶予又は減免)

第 23 条 条例第 14 条第 2 項又は条例第 15 条第 2 項に規定する申請は、介護保険料減免・徴収猶予申請書(様式第 22 号)による。

2 前項の申請書の提出があった場合において、その決定又は却下の通知は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める通知書による。

(1) 保険料の徴収猶予を決定又は却下したとき 介護保険料徴収猶予決定通知書(様式第 23 号)

(2) 保険料の減額又は免除を決定若しくは却下したとき 介護保険料減免決定通知書(様式第 24 号)

(督促)

第 24 条 地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 231 条の 3 第 1 項の規定によって行う保険料その他法律の規定による徴収金の督促をするに当たっては、当該督促に係る書面を発する日から起算して 10 日を経過した日を納付すべき期限として指定するものとし、督促状(様式第 25 号)によるものとする。

(保険料の還付)

第 25 条 略

2 前項の規定による還付の通知は、介護保険料還付(充当)通知書(様式第 26 号)によ

付されなかった場合の通知は、介護保険料口座振替不能通知書(様式第 20 号)による。

(保険料の徴収猶予又は減免)

第 24 条 条例第 14 条第 2 項又は条例第 15 条第 2 項に規定する申請は、介護保険料減免・徴収猶予申請書(様式第 21 号)による。

2 前項の申請書の提出があった場合において、その決定又は却下の通知は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める通知書による。

(1) 保険料の徴収猶予を決定したとき 介護保険料徴収猶予決定通知書(様式第 22 号)

(2) 保険料の減額又は免除を決定したとき 介護保険料減免決定通知書(様式第 23 号)

(3) 保険料の徴収猶予又は減額若しくは免除を却下したとき 介護保険料減免・徴収猶予却下通知書(様式第 24 号)

(督促)

第 25 条 地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 231 条の 3 第 1 項の規定によって行う保険料その他法律の規定による徴収金の督促をするに当たっては、当該督促に係る書面を発する日から起算して 10 日を経過した日を納付すべき期限として指定するものとし、介護保険料督促状兼領収証書(様式第 25 号)によるものとする。

(保険料の還付)

第 26 条 略

2 前項の規定による還付の通知は、介護保険料過誤納金還付通知書(様式第 26 号)によ

る。

- 3 前項の通知を受けて還付を請求するときは、介護保険料還付(払い戻し)口座振込依頼書兼請求書(様式第 27 号)による。
(保険料の充当)

第 26 条 略

- 2 前項の規定による充当の通知は、介護保険料充当通知書(様式第 28 号)による。
(保険料の催告)

第 27 条 市長は、**第 24 条**に規定する保険料の督促をした後保険料を納付しないときは、当該第 1 号被保険者又は保険料の納付義務を負う者(以下「納付義務者」という。)に当該保険料の納付を催告することができる。

- 2 前項に規定する催告は、介護保険料催告書(様式第 29 号)による。
(保険料の納付証明)

第 28 条 略

- 2 前項に規定する証票は、介護保険料納付証明書(様式第 30 号)による。
(保険料の賦課資料)

第 29 条 法第 203 条に基づき第 1 号被保険者の保険料の額を決定する資料の請求書は、様式第 31 号
_____による。

第 30 条・第 31 条 略

様式第 1 号 別紙のとおり

様式第 2 号 別紙のとおり

様式第 3 号 別紙のとおり

様式第 4 号 別紙のとおり

る。

- 3 前項の通知を受けて還付を請求するときは、介護保険料還付(払い戻し)口座振込依頼書兼請求書(様式第 26 号の 2)による。
(保険料の充当)

第 27 条 略

- 2 前項の規定による充当の通知は、介護保険料過誤納金充当通知書(様式第 27 号)による。
(保険料の催告)

第 28 条 市長は、**第 25 条**に規定する保険料の督促をした後保険料を納付しないときは、当該第 1 号被保険者又は保険料の納付義務を負う者(以下「納付義務者」という。)に当該保険料の納付を催告することができる。

- 2 前項に規定する催告は、介護保険料催告書(様式第 28 号)による。
(保険料の納付証明)

第 29 条 略

- 2 前項に規定する証票は、介護保険料納付証明書(様式第 29 号)による。
(保険料の賦課資料)

第 30 条 法第 203 条に基づき第 1 号被保険者の保険料の額を決定する資料を請求するときは、介護保険料賦課資料請求書(様式第 30 号)による。

第 31 条・第 32 条 略

様式第 1 号 別紙のとおり

様式第 2 号 別紙のとおり

様式第 3 号 別紙のとおり

様式第 4 号 別紙のとおり

様式第 5 号 別紙のとおり

様式第 6 号 別紙のとおり

様式第 8 号 別紙のとおり

様式第 9 号 別紙のとおり

様式第 10 号 (第 15 条関係) 略

様式第 11 号 別紙のとおり

様式第 12 号 (第 16 条の 2 関係) 略

様式第 13 号 別紙のとおり

様式第 14 号 別紙のとおり

様式第 15 号 別紙のとおり

様式第 16 号 別紙のとおり

様式第 17 号 別紙のとおり

様式第 18 号 別紙のとおり

様式第 19 号 別紙のとおり

様式第 20 号 別紙のとおり

様式第 21 号 別紙のとおり

様式第 22 号 別紙のとおり

様式第 23 号 別紙のとおり

様式第 24 号 別紙のとおり

様式第 25 号 別紙のとおり

様式第 26 号 別紙のとおり

様式第 27 号 別紙のとおり

様式第 28 号 別紙のとおり

様式第 29 号 別紙のとおり

様式第 5 号 別紙のとおり

様式第 6 号 別紙のとおり

様式第 8 号 別紙のとおり

様式第 9 号 別紙のとおり

様式第 9 号の 2 (第 15 条関係) 略

様式第 10 号 別紙のとおり

様式第 10 号の 2 (第 16 条の 2 関係) 略

様式第 11 号 別紙のとおり

様式第 12 号 別紙のとおり

様式第 13 号 別紙のとおり

様式第 14 号 別紙のとおり

様式第 15 号 別紙のとおり

様式第 15 号の 2 別紙のとおり

様式第 16 号 別紙のとおり

様式第 17 号 別紙のとおり

様式第 17 号の 2 別紙のとおり

様式第 18 号 別紙のとおり

様式第 18 号の 2 別紙のとおり

様式第 18 号の 3 別紙のとおり

様式第 19 号 別紙のとおり

様式第 20 号 別紙のとおり

様式第 21 号 別紙のとおり

様式第 22 号 別紙のとおり

様式第 23 号 別紙のとおり

様式第 24 号 別紙のとおり

様式第 25 号 別紙のとおり

様式第 26 号 別紙のとおり

様式第 26 号の 2 別紙のとおり

様式第 27 号 別紙のとおり

様式第 28 号 別紙のとおり

様式第 30 号 別紙のとおり

様式第 31 号 別紙のとおり

様式第 29 号 別紙のとおり

様式第 30 号 別紙のとおり

(あて先) 松江市長
次のとおり届け出ます。

届出人氏名		本人との 関 係	
届出人住所	〒		
届出年月日		電話番号	
年 月 日	変更年月日		
年 月 日			
届出事由			
新住所			
電話番号			
旧住所			
本年1月1日の住所			

資格異動年月日		
取得・異動・喪失		
年 月 日		
取得事由	喪失事由	異動事由
転入	転出	氏名変更
職権復活	職権喪失	住所変更
65歳到達 適用除外非該当	死亡 適用除外該当	世帯変更
その他取得	その他喪失	

[illegible]

様式第 1 号(第 8 条関係)

介護保険資格取得・異動・喪失届

(あて先)松江市長

下記のとおり届け出ます。

記

[illegible]

介護保険 住所地特例適用・変更・終了届

（あて先）松江市長

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届出ます。

*上記（適用・変更・終了）の該当するものに○印をつける。
在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

		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		

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																							

様式第2号(第8条関係)

介護保険 住所地特例 適用・変更・終了 届

(あて先)松江市長

下記のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届出ます。

*上記(適用・変更・終了)により該当するものに丸をつける

在宅→施設：適用 施設→施設：変更 施設→在宅：終了

記

		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	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		

世 帯 主	氏 名		生年月日	年 月 日
	続 柄			

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		

（表面）

(一)

介護保険被保険者証				
被 保 険 者	番 号			
	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日		性別	
交 付 年 月 日				
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>松江市 印</div>		

(二)

要介護状態区分等		
認 定 年 月 日		
(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)		
認 定 の 有 効 期 間	～	
居 宅 サ ー ビ ス 等	区分支給限度基準額	
	1月当たり ～	
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

(三)

給 付 制 限	内 容	期 間
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称		届出年月日
		届出年月日
		届出年月日
		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

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ松江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。
- 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松江市にこの証を提出し、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松江市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、松江市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、松江市からの事後払い（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松江市が定める割合又は松江市が定める額（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。

(裏面)

(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、この証を松江市に返してください。
- 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、松江市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、給付を松江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。

<改正前>

様式第3号(第9条関係)

(表面)

(一)					(二)			(三)																																																																																																	
介護保険被保険者証					要介護状態 区 分 等																																																																																																				
<div>被 保 険 者</div> <table><tr><td>番 号</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td></td><td></td><td>性別</td><td></td></tr><tr><td>交 付 年 月 日</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="2">保険者番号並びに保険者の 名 称 及 び 印</td><td colspan="3"><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><div>松江市</div><div>印</div></td><td colspan="3">認定年月日(注)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="3">認 定 の 有 効 期 間</td><td colspan="3"></td><td colspan="3">給付制限</td><td colspan="2">内 容 期 間</td></tr><tr><td colspan="3" rowspan="2">居 宅 サ ー ビ ス 等</td><td colspan="3">区分支給限度基準額</td><td colspan="2" rowspan="2">居宅介護支 援事業者若 しくは介護 予防支援事 業者及びそ の事業所の 名称又は地 域包括支援 センターの 名称</td><td colspan="2">開始年月日 終了年月日</td></tr><tr><td colspan="2">サービスの種類 種類支給限度 基 準 額</td><td colspan="2">開始年月日 終了年月日</td></tr><tr><td colspan="3">(うち種類 支給限度基 準額)</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">介 護 保 険 施 設 等</td><td colspan="2">入所 入院 年月日</td></tr><tr><td colspan="3" 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="3" rowspan="2"></td><td colspan="2">名 称</td><td colspan="2">退所 退院 年月日</td></tr><tr><td colspan="2">種類</td><td colspan="2">入所 入院 年月日</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td><td colspan="2">名 称</td><td colspan="2">退所 退院 年月日</td></tr></table>					番 号					住 所					氏 名					生年月日			性別		交 付 年 月 日					保険者番号並びに保険者の 名 称 及 び 印		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>松江市</div> <div>印</div>									認定年月日(注)						認 定 の 有 効 期 間						給付制限			内 容 期 間		居 宅 サ ー ビ ス 等			区分支給限度基準額			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		開始年月日 終了年月日		サービスの種類 種類支給限度 基 準 額		開始年月日 終了年月日		(うち種類 支給限度基 準額)						介 護 保 険 施 設 等		入所 入院 年月日		認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定						名 称		退所 退院 年月日		種類		入所 入院 年月日								名 称		退所 退院 年月日	
					番 号																																																																																																				
					住 所																																																																																																				
					氏 名																																																																																																				
					生年月日			性別																																																																																																	
交 付 年 月 日																																																																																																									
保険者番号並びに保険者の 名 称 及 び 印		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>松江市</div> <div>印</div>									認定年月日(注)																																																																																														
認 定 の 有 効 期 間						給付制限			内 容 期 間																																																																																																
居 宅 サ ー ビ ス 等			区分支給限度基準額			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		開始年月日 終了年月日																																																																																																	
			サービスの種類 種類支給限度 基 準 額		開始年月日 終了年月日																																																																																																				
(うち種類 支給限度基 準額)						介 護 保 険 施 設 等		入所 入院 年月日																																																																																																	
認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定						名 称		退所 退院 年月日																																																																																																	
						種類		入所 入院 年月日																																																																																																	
						名 称		退所 退院 年月日																																																																																																	

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

(四)

注 意 事 項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ松江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。
- 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松江市にこの証を提出し、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松江市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、松江市に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続きをしない場合は、松江市からの事後払い(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松江市が定める割合又は松江市が定める額(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、この証を松江市に返してください。
 - 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、松江市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、給付を松江市からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。また、収入状況等により四割負担となることもあります。
- ※ 常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります。

様式第 4 号(第 9 条関係)

介護保険 被保険者証交付申請書

(あて先) 松江市長
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 記 号 番 号	
--------	--	---	--

様式第4号(第9条関係)

介護保険 被保険者証交付申請書

(あて先)松江市長

下記のとおり申請します。

記

		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		個人番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		

医療保険者名		医 療 保 険 被保険者(等)記号・番号	
--------	--	-------------------------	--

*2号被保険者の被保険者証交付申請用

様式第5号(第10条関係)

(あて先) 松江市長
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		

[illegible]

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他（ ）
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

<p>2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入</p> <p>医療保険者名：</p> <p>医療保険被保険者記号番号：</p>	
---	--

様式第5号(第10条関係)

介護保険 被保険者証再交付申請書

(あて先)松江市長

下記のとおり申請します。

記

		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	被保険者番号			
	フリガナ		個人番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		

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
	4 負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医 療 保 険 被保険者(等)記号・番号	
--------	--	-------------------------	--

介護保険資格者証

年 月 日

有 効 期 限		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		
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 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	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		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>松江市</div>		

様式第6号(第11条関係)

介護保険資格者証(介護保険暫定被保険者証)

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							
認 定 の 有 効 期 間		～							
居 宅 サ ー ビ ス		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						
認定審査会の意見等									
給 付 制 限		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 名・事業所名		届出年月日							
居宅介護支援事業者 名・事業所名		届出年月日							
居宅介護支援事業者 名・事業所名		届出年月日							
介 護 保 険 施 設 等		種類	入所年月日						
		名称	退所年月日						
		種類	入所年月日						
		名称	退所年月日						
保険者番号並びに保 険者名称及び印		<table border="1" style="display: inline-table; 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>							
松江市 電話									

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													
備 考	利用者負担減免申請理由													
<p>（あて先）松江市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、利用者負担額に係る減額・免除を申請するとともに、私及び世帯員の市町村 民税課税状況等について税担当課等の資料により調査されることに同意します。</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>														

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	

様式第8号(第14条関係)

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

		個 人 番 号	
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	年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
利用者負担額 減免申請理由			
(あて先)松江市長 上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請するとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況等について税担当課等の資料により調査されることに同意します。 年 月 日 申請者(本人) 住所 電話番号 氏名			

市記入欄

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	

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（あて先）

松江市長

次のとおり申請するとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。

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	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		課税		・		非課税													
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○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

- (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。

様式第 9 号(第 15 条関係)

(表)

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 松江市長

下記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をするとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。

年 月 日

		個 人 番 号	
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		
住 所	〒 電話番号		
介護保険施設 の所在地及び 名称 (※)	〒 電話番号		
入 所 (院) 年月日 (※)	年 月 日		

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

市記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	所得区分等 の 状 況	
適用年月日	決 定 情 報	(承認する ・ しない)
年 月 日 から	負担限度額	(食費：施設) (ユニット型個室) (従来型個室：特養等) (多床室：特養等) (食費：短期入所) (ユニット型個室の多床室) (従来型個室：老健・医療院等) (多床室：老健・医療院等)
有 効 期 限	その他状況	
年 月 日 まで		

(裏)

配偶者の有無		有 ・ 無		左記において「無」の場合は、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	〒 連絡先			
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒			
課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税			

私の収入、預貯金等に関する状況は下記のとおりです。

収入、 預貯金等に関する申告	<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であり、かつ、預貯金等の額 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下				
	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非課税年金等収入額の合計額が	<input type="checkbox"/>	年額 80 万 9 千円以下、かつ、預貯金等の額 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下 (申請者が 40 歳以上 64 歳以下の場合、預貯金等の額 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下)			
		<input type="checkbox"/>	年額 80 万 9 千円を超え、120 万円以下、かつ、預貯金等の額 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下 (申請者が 40 歳以上 64 歳以下の場合、預貯金等の額 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下)			
		<input type="checkbox"/>	年額 120 万円を超え、かつ、預貯金等の額 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下 (申請者が 40 歳以上 64 歳以下の場合、預貯金等の額 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下)			
	年金に関する申告	受給している全ての年金の保険者に○してください (日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済)				
		受給している非課税年金等に○してください (遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) ・ 障害年金)				
	預貯金等の内訳	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※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

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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写し（銀行名・口座番号・名義人等が記載してあるページと提出日からさかのぼって2か月分の記載ページ）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																	
<p>（あて先）松江市長</p> <p>上記のとおり申請するとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課等の資料により調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>申請者 住所 電 話 番 号</p> <p>氏名</p>																	

		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

- ・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。
- ・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。
- ・ただし、公費負担医療の対象となる介護保険サービスを新たに受けることとなった場合や当該サービスに係るなお残る利用者負担額に変更があった場合は、それを証明することができる証拠書類を改めて提出してください。
- ・給付制限を受けている方については、高額介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護（予防）サービス費を以下の口座に振り込んでください。

受 取 口 座																	
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	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()														
	ゆうちょ銀行	記号								番号							
	フリガナ																
	口座名義人																

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合 割	

<改正前>

様式第 10 号(第 16 条関係)

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書 (年 月分)									
				個人番号					
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		年 月 日							
住 所		〒							
		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								
(あて先)松江市長									
上記のとおり関係書類を添えて高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請するとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課等の資料により調査されることに同意します。									
年 月 日									
住所									
申請者									
氏名									
電話番号									
注意 ・ 今回の支給以後、高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。 また、支給金額は今回指定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(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(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい									
口 座 振 込 依 頼 欄		銀行・農協 金庫・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			
						3 その他			
		フリガナ 口座名義人							
市記入欄									
区 分	世帯集約 番 号	領収証 確認欄	給付制限 状 況	所得区分 現役並み 一般 世帯非課税 高齢受給者 生保受給者	備 考 (所得分布の状況等を把握)				
1 単独			有・無 給付割合						
2 合算									

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります。

(年 月分)

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受 取 口 座																	
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				店舗番号			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																

<改正前>

様式第 11 号(第 17 条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払い用)									
(年 月分)									
				個 人 番 号					
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					
支払金額合計		円							
申 請 理 由									
(あて先)松江市長									
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、特例施設介護サービス費、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)サービス費の支給を申請します。									
年 月 日									
申請者		住所		電話番号					
		氏名							
注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証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してください。									
上記のサービス費等を下記の口座に振り込んで下さい。									
口 座 振 込 依 頼 欄		銀行・農協 金庫 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			
						3 その他			
		フリガナ 口座名義人							
市記入欄									
区 分		保険料納付状況		領 収 書 確 認 欄		サ ー ビ ス 提 供 証 明 書 確 認 欄		備 考	
1 一般		未納保険料							
2 支払方法の 変更		有・無 滞納保険料							
3 給付額減額		有・無							

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（受領委任払用）

(年 月分)

フリガナ			保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号											
			個 人 番 号											
生 年 月 日					要 介 護 度 等									
認 定 有 効 期 間	～													
住 所	電話番号													
申 請 理 由														
支 払 金 額 合 計	円													
<p>(あて先) 松江市長</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、特例施設介護サービス費、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)サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日 千 事業所番号</p> <p>申請者 所在地</p> <p>(受領委任事業所) 事業所名 電話番号</p> <p>代表者氏名</p>														
<p>上の事業所に居宅介護（予防）サービス費等の請求及び受領を委任します。</p> <p>被保険者氏名</p>														

注意	<ul style="list-style-type: none"> ・保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、受領委任による支給はできません。 ・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。

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	店舗番号			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															

[illegible]

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号											
			個人番号											
生 年 月 日					要 介 護 度 等									
認 定 有 効 期 間	～													
住 所	電話番号													
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号		製 造 事 業 者 名 及 び 販 売 事 業 者 名				購 入 金 額		購 入 日					
(TAISコード)							円		年 月 日					
(TAISコード)							円		年 月 日					
(TAISコード)							円		年 月 日					
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由														
(あて先) 松江市長 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 〒 電話番号 住所 被保険者との関係 申請者 氏名														
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														
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		店舗番号		1 普通 2 当座預金 3 その他 ()									
	ゆうちょ銀行		記号						番号					
	フリガナ													
	口座名義人													

様式第 13 号(第 18 条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書									
		個 人 番 号							
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							
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)		製造事業者及び 販 売 事 業 者 名		購 入 金 額		購 入 日			
				円		年 月 日			
				円		年 月 日			
				円		年 月 日			
福祉用具が 必要な理由									
<p>(あて先)松江市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>申請者 氏 名</p>									
注意・この申請書の裏面に、領収書及び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。									
居宅介護(介護予防)福祉用具購入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・農協 金庫 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			
						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													
<p>（あて先）松江市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修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</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p>被保険者との関係</p>													
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称												
	事業所種別												

負担割合： 割 適用期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

注意 ・改修前の申請は、この申請書に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、工事個所の写真（カラー・日付入り）、住宅改修完成後の状態が確認できる書類(平面図・立面図等)を添付してください。なお、改修を行う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。

・工事完了後は、この申請書に領収書及び完成後の状態が確認できる写真（カラー・日付入り）等を添付してください。

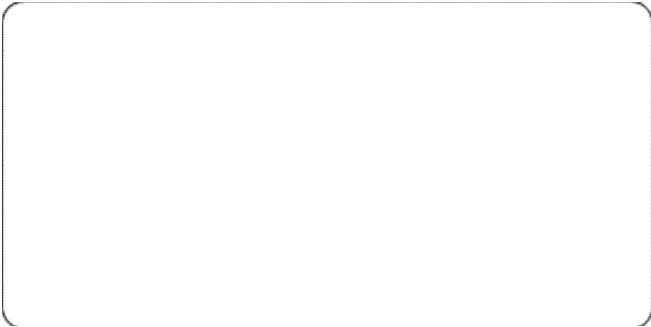
給付費を以下の口座に振り込んでください。

受 取 口 座																				
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				店舗番号				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																			

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書										
		個 人 番 号								
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								
住宅の所有者		本人との関係()								
改修の内容・ 箇所及び規模				業 者 名						
				着工(予 定)日		年 月 日				
				完成(予 定)日		年 月 日				
改 修 費 用		円								
<p>(あて先)松江市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>申請者 氏 名</p>										
<p>注意・改修前の申請は、この申請書の他に、見積書及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、住宅改修後の完成予定の状態が確認できる書類等を添付してください。なお、改修を行う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。</p> <p>・改修後の申請は、この申請書の他に、領収証及び完成後の状態が確認できる書類(改修前及び改修後それぞれの写真とし、原則として撮影日がわかるもの)を添付してください。</p> <p>居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。(改修後の申請時のみ記入)</p>										
口 座 振 込 依 頼 欄	銀行・農協 金庫 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			
							3 その他			
		フリガナ 口座名義人								

様式第 15 号(第 20 条、第 22 条関係)

年度 介護保険料仮徴収開始通知書兼納付通知書



被保険者番号	
被保険者氏名	
納付代理人	

年度分のあなたの介護保険料（仮徴収分）を
通知します。

年 月 日

松江市長 氏 名 印

(表)

年度 介護保険料（仮徴収分）

■仮徴収（暫定賦課）について

期別保険料

被保険者番号		
月	期別保険料	納期限
合	計	

■仮徴収分の期別保険料

- 保険料賦課の根拠
介護保険料は、介護保険法及び松江市介護保険条例の関係規定に基づき賦課しています。
- 督促及び滞納処分
納期限までに保険料を完納されないと督促状を差し督促手数料 80 円を徴収します。督促状を差した日から起算して 10 日を経過した日までに保険料に係る徴収金を完納されない場合には、滞納処分をすることがあります。
- 延滞金の計算
納期限までに保険料を完納されない場合には、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じて計算した延滞金を徴収します。
- 審査請求及び取消訴訟
 - 1 この処分について不服があるときは、この処分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、島根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。
 - 2 この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記 1 の審査請求に対する裁決を経た後に、当該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、松江市を被告して（訴訟において松江市を代表する者は松江市長となります。）提起することができます。ただし、次の各号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の翌日から起算して 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)

年度（前年度）の介護保険料は次のとおりでした。

■保険料算定の内容

算 定 期 間	
算 定 月 数	
所得段階区分	
段階別年間保険料	円
決 定 保 険 料	円
減 免 額	円
減免後保険料額	円

■期別保険料

月	普通徴収 (現金納付又は口座振替)	特別徴収 (年金引き去り)
4 月	円	円
5 月	円	円
6 月	円	円
7 月	円	円
8 月	円	円
9 月	円	円
10 月	円	円
11 月	円	円
12 月	円	円
1 月	円	円
2 月	円	円
3 月	円	円
合 計	円	円

年度 介護保険料領収書（1 期～4 期）

番号		被保険者氏名	
----	--	--------	--

◎1～4 期の一括納付も可能です。
◎この領収書は 2 年間大切に保管してください。

年度 介護保険料 納付書兼領収済通知書

科目	調定	賦課	通知書番号	期	納付額	C/D

ID

この納付書は、
直接機械で読ませ
ますので、汚した
り折り曲げたりし
ないでください。

納 付 額	000, 000, 000円
督促手数料	000円
延 滞 金	0, 000, 000円
合 計	000, 000, 000円

領収日付印

納期限

納

上記のとおり領収しましたので通知します。

(あて先) 松江市会計管理者

様式第15号の2(第20条、第22条関係)

(表)

年度介護保険料仮徴収開始通知書兼納付通知書
(口座振替・特別徴収用)

被保険者番号	
被保険者氏名	
納付代理人	

年度分介護保険料(仮徴収分)を通知します。

■仮徴収分の期別保険料額

納付月	普通徴収(口座振替)	特別徴収(年金引き去り)
合計		

■特別徴収を行う年金

年金の種類	
特別徴収義務者	

年 月 日

松江市長

印

■仮徴収(暫定賦課)について

■納付方法が特別徴収の場合

■納付方法が口座振替の場合

■ 年度(前年度)の介護保険料は次のとおりでした。

算定期間		算定月数	
所得段階区分		年間保険料	円
決定保険料	円		
減免額	円		
減免後保険料額	円		

(裏)

1 保険料賦課の根拠

介護保険料は、介護保険法及び松江市介護保険条例の関係規定に基づき賦課しています。

2 督促及び滞納処分

納期限までに保険料を完納されないと督促状を差し督促手数料80円を徴収します。督促状を差した日から起算して10日を経過した日までに保険料に係る徴収金を完納されない場合には、滞納処分をすることがあります。

3 延滞金の計算

納期限までに保険料を完納しない場合には、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じて計算した延滞金を徴収します。

4 審査請求及び取消訴訟

この処分について不服があるときは、この処分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、島根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。

この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に対する裁決を経た後に、当該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、松江市を被告として(訴訟において松江市を代表する者は松江市長となります。)提起することができます。ただし、次の各号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の翌日から起算して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。

松江市長
氏 名 印

納入通知書（介護保険料額決定通知書）

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					

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	

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			

(お問合せ先)

審査請求及び取消訴訟

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、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話：0852-22-5256）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、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3まで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。

- 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。
- 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。
- その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

< 改正後 >

様式第18号(第20条、第21条関係)

松江市 納付書（納入済通知書）
介護保険料

加入者名		口座記号		合計金額		円
収納機関番号		納付		確認		納付
納期限		通知書番号		年度		期別

保険料		円	延滞金		円	領 収 日 付 印
督促手数料		円	合計金額		円	

納付義務者名		指定期限	
		バーコード	

松江市
納付書（原符）

介護保険料

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

松江市

領 収 日 付 印

松江市 領収証書
下記のとおり領収しました。

介護保険料

保険料		円
延滞金		円
督促手数料		円
合計金額		円
納付義務者名		
納付番号：		
通知書番号		
納期限		
指定期限		

交付日：

領 収 日 付 印

切り取らないで
お出しください

松江市長

氏 名

印

納入通知書（介護保険料額変更通知書）

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	
これまでの保険料納付方法等		4 月						
		5 月						
		6 月						
		7 月						
		8 月						
		9 月						
		10月						
		11月						
		12月						
		1 月						
		2 月						
		3 月						
これからの保険料納付方法等		計						
保険料徴収方法		合計額						
特別徴収義務者		差引増減額						
特別徴収対象年金								

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
(変更前)	～					減免後保険料額 ③－④
(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
(変更前)					合計所得金額
(変更後)					

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			

（お問合せ先）

審査請求及び取消訴訟

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、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話：0852-22-5256）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

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

ただし、次の1から3まで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。

お問い合わせ先

<改正前>

様式第 17 号(第 21 条、第 22 条関係)

(表)

年度 介護保険料 納付通知書

被保険者番号	
被保険者氏名	
納付代理人	

年度分のあなたの介護保険料と納付方法が決定しましたので通知します。

年 月 日

松江市長 氏 名 印

(裏)

■ 年度の所得段階区分と保険料			
65 歳以上の方(第 1 号被保険者)の保険料は、被保険者の所得段階区分によって決定します。			
所得段階	該当する方		年間保険料
1	・生活保護を受給している方 ・住民税非課税世帯で、老齢福祉年金を受給している方 ・住民税非課税世帯で、前年の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が 80 万 9 千円以下の方		円
2	住民税非課税世帯で、前年の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が 120 万円以下で、第 1 段階に該当しない方		円
3	住民税非課税世帯で、第 1 段階、第 2 段階に該当しない方		円
4	住民税課税世帯だが	本人は住民税非課税で、前年の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が 80 万 9 千円以下の方	円
5 基準額		本人は住民税非課税で、第 4 段階に該当しない方	円
6	本人が住民税課税者で 前年の合計所得金額が	125 万円未満の方	円
7		125 万円以上 200 万円未満の方	円
8		200 万円以上 300 万円未満の方	円
9		300 万円以上 500 万円未満の方	円
10		500 万円以上 700 万円未満の方	円
11		700 万円以上 850 万円未満の方	円
12		850 万円以上 1,000 万円未満の方	円
13		1,000 万円以上の方	円

保険料算定の明細		期別保険料				(単位：円)
算定期間		月				
算定月数①						
所得段階区分						
段階別 年間保険料②						
決定保険料③	②×①÷12					
仮徴収額④						
差引納付額	③-④	合計				

(表)

(裏)

- 保険料賦課の根拠
介護保険料は、介護保険法及び松江市介護保険条例の関係規定に基づき賦課しています。
- 督促及び滞納処分
納期限までに保険料を完納されないと督促状を差し督促手数料 80 円を徴収します。督促状を差した日から起算して 10 日を経過した日までに保険料に係る徴収金を完納されない場合には、滞納処分をすることがあります。
- 延滞金の計算
納期限までに保険料を完納されない場合には、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じて計算した延滞金を徴収します。
- 審査請求及び取消訴訟
 - 1 この処分について不服があるときは、この処分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、島根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。
 - 2 この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記 1 の審査請求に対する裁決を経た後に、当該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、松江市を被告して（訴訟において松江市を代表する者は松江市長となります。）提起することができます。ただし、次の各号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の翌日から起算して 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 介護保険料領収書（5期～7期）

番 号		被保険者氏名	
期 別	5期(8月)	6期(9月)	7期(10月)
納 付 額	円	円	円
督促手数料	円	円	円
延 滞 金	円	円	円
合 計	円	円	円
納 期 限	年 月 日	年 月 日	年 月 日
領収日付印	上記のとおり領収 しました。	上記のとおり領収 しました。	上記のとおり領収 しました。
	領 収 日 付 印	領 収 日 付 印	領 収 日 付 印

◎5～12期の一括納付も可能です。

◎この領収書は2年間大切に保管してください。

年度 介護保険料領収書（8期～12期）

			番 号		被保険者氏名	
期 別	8 期(11 月)	9 期(12 月)	10 期(1 月)	11 期(2 月)	12 期(3 月)	
納 付 額	円	円	円	円	円	
督促手数料	円	円	円	円	円	
延 滞 金	円	円	円	円	円	
合 計	円	円	円	円	円	
納 期 限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
領収日付印	上記のとおり領収 しました。	上記のとおり領収 しました。	上記のとおり領収 しました。	上記のとおり領収 しました。	上記のとおり領収 しました。	
	領 収 日 付 印	領 収 日 付 印	領 収 日 付 印	領 収 日 付 印	領 収 日 付 印	

◎5～12期の一括納付も可能です。

◎この領収書は2年間大切に保管してください。

年度 介護保険料 納付書兼領収済通知書

科目	調定	賦課	通知書番号	期	納付額	C/D

ID

この納付書は、
直接機械で読ませ
ますので、汚した
り折り曲げたりし
ないでください。

納 付 額	000, 000, 000円
督促手数料	000円
延 滞 金	0, 000, 000円
合 計	000, 000, 000円

領収日付印

納期限

納

上記のとおり領収しましたので通知します。

(あて先) 松江市会計管理者

様式第 17 号の 2(第 21 条、第 22 条関係)

(表)

年度介護保険料決定通知書兼納付通知書

(口座振替・特別徴収用)

被保険者番号	
被保険者氏名	
納付代理人	

年度分介護保険料と納付方法が決定しましたので通知します。

■保険料算定の明細

算定期間		算定月数①	
所得段階区分			
段階別年間保険料②	円		
決定保険料③	②×①÷12	円	
仮徴収額④	円		
差引納付額	③－④	円	

特別徴収を行う年金

年金の種類	
特別徴収義務者	

年 月 日

松江市長

印

■期別保険料

納付月	普通徴収(口座振替)	特別徴収(年金引き去り)
合計		

■納付方法が特別徴収の場合

■納付方法が口座振替の場合

1 保険料賦課の根拠
介護保険料は、介護保険法及び松江市介護保険条例の関係規定に基づき賦課しています。

2 督促及び滞納処分
納期限までに保険料を完納されないと督促状を差し督促手数料80円を徴収します。督促状を差した日から起算して10日を経過した日までに保険料に係る徴収金を完納されない場合には、滞納処分をすることがあります。

3 延滞金の計算
納期限までに保険料を完納しない場合には、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じて計算した延滞金を徴収します。

4 審査請求及び取消訴訟
この処分について不服があるときは、この処分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、島根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。
この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に対する裁決を経た後に、当該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、松江市を被告として(訴訟において松江市を代表する者は松江市長となります。)提起することができます。ただし、次の各号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の翌日から起算して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。

■ 年度の所得段階区分と保険料

65 歳以上の方(第 1 号被保険者)の保険料は、被保険者の所得段階区分によって決定します。

所得段階	該当する方		年間保険料
1	・生活保護を受給している方 ・住民税非課税世帯で、老齢福祉年金を受給している方 ・住民税非課税世帯で、前年の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が 80 万 9 千円以下の方		円
2	住民税非課税世帯で、前年の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が 120 万円以下で、第 1 段階に該当しない方		円
3	住民税非課税世帯で、第 1 段階、第 2 段階に該当しない方		円
4	住民税課税世帯だが基準額	本人は住民税非課税で、前年の課税年金収入額とその他の合計所得金額の合計が 80 万 9 千円以下の方	円
5		本人は住民税非課税で、第 4 段階に該当しない方	円
6	本人が住民税課税者で前年の合計所得金額が	125 万円未満の方	円
7		125 万円以上 200 万円未満の方	円
8		200 万円以上 300 万円未満の方	円
9		300 万円以上 500 万円未満の方	円
10		500 万円以上 700 万円未満の方	円
11		700 万円以上 850 万円未満の方	円
12		850 万円以上 1,000 万円未満の方	円
13		1,000 万円以上の方	円

様式第18号(第21条関係)

年 月 日

松江市長 氏 名 印

年度 介護保険料更正通知書

年度分の介護保険料と納付方法を次のとおり更正しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
		納付代理人	

■算定の基礎

	更正後	更正前	差 額	更正理由 年 月 日
算定期間				
①算定月数				
所得段階区分				
②所得段階別年間保険料	円	円	円	
③年間保険料額(②×①÷12)	円	円	円	
④減免額	円	円	円	
⑤年間納付額(③－④)	円	円	円	

■期別保険料額

徴収方法別の期別		更正後	更正前	年金支払月又は納期限
特 別 徴 収	4月(1期)	円	円	
	6月(2期)	円	円	
	8月(3期)	円	円	
	10月(4期)	円	円	
	12月(5期)	円	円	
	2月(6期)	円	円	
	計	円	円	
普 通 徴 収	4月(1期)	円	円	
	5月(2期)	円	円	
	6月(3期)	円	円	
	7月(4期)	円	円	
	8月(5期)	円	円	
	9月(6期)	円	円	
	10月(7期)	円	円	
	11月(8期)	円	円	
	12月(9期)	円	円	
	1月(10期)	円	円	
	2月(11期)	円	円	
	3月(12期)	円	円	
計		円	円	

様式第18号の2(第21条、第22条関係)

年 月 日

松江市長 氏 名 印

年度介護保険料 決定 通知書兼 年度随時保険料納付通知書
年度分の介護保険料を次のとおり しましたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
		納付代理人	

■算定の基礎と決定保険料額

	後	前	差 額	理由 年 月 日
算定期間				
①算定月数				
所得段階区分				
②所得段階別年間保険料	円	円	円	
③年間保険料額(②×①÷12)	円	円	円	
④減免額	円	円	円	
年度分 ⑤決定保険料額(③－④)	円	円	円	

■各保険料額

	後	前	
⑥定期分(年度)	円	円	
特別徴収分	円	円	
普通徴収分	円	円	
⑦随時分	円	円	随時期の納期限
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
⑧ 合 計 (⑥ + ⑦)	円	円	

様式第18号の3(第22条関係)

年度
領

介護保険料
収 書

被保険者番号

様

年度 期		納期限 年 月 日
納 付 額		左記のとおり領収しました。 領 収 日 付 印
督 促 手 数 料		
延 滞 金		
合 計		

◎この領収書は2年間大切に保管してください。

年度 介護保険料 納付書兼領収済通知書

科目	調定	賦課	通 知 書 番 号	期	納 付 額	C/D

ID

この納付書は、機械で読ませますので、汚したり折り曲げたりしないでください。

納 付 額	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> 円
督促手数料	<div></div> <div></div> <div></div> 円
延 滞 金	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> 円
合 計	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> 円

領収日付印

納期限 年 月 日

納
上記のとおり領収しましたので通知します。

(あて先)松江市会計管理者

年 月 日

松江市長
氏 名 印

口座振替開始（変更）のお知らせ

被 保 険 者 番 号				被 保 険 者 氏 名			
口座振替開始年月							
振 替 口 座	金 融 機 関						
	口 座 種 目		口 座 番 号				
	口座名義人						

(お問合せ先)

様式第19号(第23条関係)

介護保険料口座振替開始通知書

この度は介護保険料の口座振替にお申込みをいただき、ありがとうございます。

様の介護保険料を、下記の口座より振替納入させていただきます。振替日は、各納期月の 日です。(振替日が金融機関等の休業日のときは翌営業日に振り替えます。)

なお、開始期より前の保険料につきましては、口座振替できません。まだ納付いただいていない場合は、お手数ですが金融機関の窓口で納付通知書により納めてください。

被保険者番号

被保険者氏名

年 月 日
松江市長 氏 名 印

口座振替開始期	年 期 (月分) より
---------	-----------------

振替口座(銀行等(ゆうちょ銀行を除く。))の場合)	
金融機関名	
本支店名	
口座種別	
口座番号	
口座名義人	

振替口座(ゆうちょ銀行の場合)	
記号	
口座番号	
口座名義人	

松江市長
氏 名 印

介護保険料口座振替不能通知書

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

振替不能の保険料額

賦 課 年 度		調 定 年 度	
期 別		金 額	
振替できなかった理由			
備 考			

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			

(お問合せ先)

様式第20号(第23条関係)

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

介護保険料 口座振替不能通知書

口座振替により支払っていただくことになっていましたあなたの介護保険料は、下記の理由により振替できませんでした。再振替はいたしませんので、同封の納付書で納めてください。

お支払い期日

記

被保険者番号														
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者氏名	
納付代理人	

振替不能の保険料額

	金 額	
振替できなかった理由		

お問い合わせ先

(あて先) 松江市長

下記のとおり 年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

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

*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	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	男 ・ 女
	住所	〒		

[illegible]

松江市長
氏 名



介護保険料徴収猶予決定通知書

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			
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)

審査請求及び取消訴訟

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、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話：0852-22-5256）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

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

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

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

様式第22号(第24条関係)

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

年度 介護保険料徴収猶予決定通知書

年度介護保険料の徴収猶予の申請に対し下記のとおり決定しましたので通知します。

記

被保険者番号	
--------	--

被保険者氏名	
納付代理人	

決 定 内 容	
申 請 年 月 日	
決 定 年 月 日	
決 定 理 由	
年 間 保 険 料	
猶 予 額	
猶 予 期 間	

お問い合わせ先

年 月 日

松江市長
氏 名 印

介護保険料減免決定通知書

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				
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)

審査請求及び取消訴訟

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、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話：0852-22-5256）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

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

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

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

様式第23号(第24条関係)

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

年度 介護保険料減免決定通知書

年度介護保険料の減額・免除の申請に対し下記のとおり決定しましたので通知
します。

記

被保険者番号	
--------	--

被保険者氏名	
納付代理人	

決 定 内 容	
申 請 年 月 日	
決 定 年 月 日	
決 定 理 由	
年 間 保 険 料	
減 額 ・ 免 除 額	
差 引 納 付 額	
減額・免除期間	

お問い合わせ先

様式第24号(第24条関係)

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

年度 介護保険料減免・徴収猶予却下通知書

年度介護保険料の減免・徴収猶予の申請に対し下記のとおり却下しましたので
通知します。

記

被保険者番号	
--------	--

被保険者氏名	
納付代理人	

却 下 内 容	
申 請 年 月 日	
決 定 年 月 日	
却 下 理 由	

お問い合わせ先

年 月 日

松江市長

氏 名



督促状

被保険者番号						
被保険者氏名						
通知書番号						
年度 (年度調定分)	期 別		保 険 料		本督促の納期限	
お支払いいただく 合計額						

(お問合せ先)

審査請求及び取消訴訟

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、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話：0852-22-5256）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、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3まで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。

<改正前>

様式第 25 号（第 25 条関係）

（表）

介護保険料納付書兼領収済通知書

調 定	年度					
賦 課	年度					
納期限						
科目	調定	賦課	通知書番号	期	納付額	C/D

ID

納 付 額	□□□, □□□, □□□円
督促手数料	□□□円
延 滞 金	□, □□□, □□□円
合 計	□□□, □□□, □□□円

延滞金については、裏面〔延滞金の計算〕に従い納付時に計算する。

様納

上記のとおり領収しましたので通知します

領収日付印

(あて先)松江市会計管理者

介護保険料督促状兼領収証書

下記の保険料が未納となっておりますので発付日の翌日から起算して10日以内に納付してください。

督促状発付日

本状は現在未納の方に発付したものです。本状と行き違いに納付された場合は悪しからずご了承ください。なお、上記日付以前に納付されていても、入金確認状況により行き違いとなる場合がございます。

〔ご注意〕

1 督促状発付の日から10日以内に完納されないときは、滞納処分をすることがあります。

2 この処分に不服がある場合は、この処分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、島根県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

3 この督促状は、松江市介護保険料の督促のため、地方自治法第231条の3第1項及び松江市介護保険条例第12条の規定により発付しています。

4 松江市介護保険条例第12条の定めにより、納期限内に納付がないときは、納期限後20日以内に督促状を発しなければならないこととなっています。すでに分納等の納付誓約をされている方も同様ですのでご了承ください。

年度	被保険者番号	
介護保険料	期 別 保 険 料	円
	督 促 手 数 料	円
	延 滞 金	円
	合 計	円
	納 期 限	
	被保険者氏名	様

領収日付印

右記のとおり領収しました

松江市長 氏 名 印

(裏)

〔延滞金の計算〕

松江市介護保険条例第13条の規定により、納期限までに保険料を完納されない場合は、その翌日から納付の日までの日数に応じ、納付額(1,000円未満の端数は切り捨て、2,000円未満はその全額を切り捨て)に、年14.6%(納期限の翌日から1月を経過する日までは、年7.3%)を乗じて計算した額の延滞金を徴収します。ただし、年14.6%及び年7.3%は、各年の延滞金特例基準割合(平均貸付割合(租税特別措置法第93条第2項に規定する平均貸付割合をいう。)に年1%を加算した割合)が年7.3%に満たない場合には、年14.6%については延滞金特例基準割合に年7.3%を加算した割合とし、年7.3%については延滞金特例基準割合に年1%を加算した割合(加算した割合が年7.3%を超える場合には年7.3%)とします。このとき、延滞金の額は、100円未満の端数金額を切り捨て、1,000円未満の場合はその全額を切り捨てます。年当たりの割合は、うるう年の日を含む期間についても、365日当たりの割合です。

松江市長
氏 名



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			

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	督促手数料	延滞金	領収年月日
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							

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			

審査請求及び取消訴訟

この通知を受け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、島根県介護保険審査会（〒690-8501 島根県松江市殿町1番地 電話：0852-22-5256）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。）

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

ただし、次の1から3まで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。

様式第26号(第26条関係)

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

年度 介護保険料過誤納金還付通知書

松江市介護保険条例施行規則第26条により、還付額が生じたので通知します。

氏 名	
納付代理人	
住 所	

被保険者番号	年度／期	過誤納発生日	支払金額

納付すべき保険料	納付額	過誤納額	過誤納額のうち充当額	過誤納額のうち還付額

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	

お問い合わせ先

介護保険料還付(払い戻し)口座振込依頼書兼請求書

松江市から還付(払い戻し)を受ける介護保険料過誤納金については、下記の口座に振り込んでください。

被 保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名						生年月日	年 月 日				
金 融 機 関 コード	*					店番コード					
フリガナ											
振込先金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協・信連					本店・支店・出張所 代理店・本所・支所					
預 金 種 別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		口座番号								
フリガナ											
口座名義人氏名	続柄 ()										

* 金融機関コードが不明な場合は記載不要です。店番コードはご記入ください。

年 月 日

申 請 者

<div>この請求書を 1 枚だけ、同封の封筒 でご返送ください。 別添の通知書は返送不要です。</div>	住 所			
	氏 名			
	電話番号	() —		
	被保険者 との続柄	1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. 父母 5. 孫 6. 祖父母 7. 兄弟姉妹 8. その他 ()		

(あて先) 松江市長

様式第26号の2(第26条関係)

介護保険料還付(払い戻し)口座振込依頼書兼請求書

松江市 から還付(払い戻し)を受ける介護保険料過誤納金については、下記の口座に振り込んでください。

記

被 保 険 者 番 号										
被 保 険 者 氏 名							生年月日	年 月 日		
金 融 機 関 コード	*					店番コード				
フリガナ										
振込先金融機関名	銀 行・信用金庫 農協・信組・信連						本所・支所 本店・支店・出張所			
預 金 種 別	1 普通	2 当座	3 貯蓄	口座番号						
フリガナ										
口座名義人氏名	続柄()									

*金融機関コードが不明な場合は記載不要です。店番コードはご記入ください。

年 月 日

申 請 者

この請求書を1枚だけ、同封の封筒でご返送ください。
別添の通知書は返送不要です。

住 所	(〒 —)
氏 名	
電 話 番 号	() —
被 保 険 者 と の 続 柄	1 本人 2 配偶者 3 子 4 父母 5 孫 6 祖父母 7 兄弟姉妹 8 その他()

(あて先)松江市長

松江市長
氏 名



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)			

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	督促手数料	延滞金	領収年月日
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							

賦課年度	調定年度	期別	徴収方法	保険料	保険料 充当金額	延滞金充当金額	督促手数料充当金額	充当先被保険者番号
合 計								

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

様式第27号(第27条関係)

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

年度 介護保険料 過誤納金充当通知書

により、還付額が生じたので、通知します。

氏 名	
納付代理人	
住 所	

被保険者番号	年度／期	過誤納発生日	充当金額

納付すべき保険料	納付額	過誤納額	過誤納額のうち還付額	過誤納額のうち充当額

お問い合わせ先

松江市長
氏 名



介護保険料 催告書

指定期限 年 月 日

滞納者		住所								
		氏名								
科目	調定	賦課	期	未納額(円)	督促 (円)	延滞金(円)	合計金額(円)	納期限	督促発送日	備考
	通知書番号		(法律による金額)			(法律による金額)	法定 納期限等	繰上徴収日		
合計										
延滞金計算日										
明細の合計欄にはページごとに各金額ごとの合計が表示されます。										

(お問合せ先)

様式第28号(第28条関係)

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

年度 介護保険料催告書

納付義務者	被 保 険 者 番 号	
	氏 名	
	住 所	

滯納金額	
督促手数料	
延滞金額	
合計	

年度	徴収区分	期別	納期限	未納保険料額	督促手数料	延滞金	計
合 計							

お問い合わせ先

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 済 保 険 料 額		
内 訳	普 通 徴 収 分	
	特 別 徴 収 分	
備 考		

年 度	納付済保険料			納付予定保険料		
	普通徴収分	特別徴収分 非課税年金	合 計	普通徴収分	特別徴収分 非課税年金	合 計
合 計						

(お問合せ先)

松江市長
氏 名



様式第29号(第29条関係)

介護保険料納付証明書

被保険者番号										
被保険者氏名										
住 所										

あなたが 年 月 日 ～ 年 月 日までに支払った介護保険料は下記のとおりです。

記

納付済保険料額		
内 訳	特別徴収分	
	普通徴収分	
(参考)	年間納付予定額 (月 日～ 月 日)	
	うち未納保険料額	
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

松江市長 氏 名 印

松江市長

氏 名

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。

照 会 対 象 者	氏 名		生年月日	
貴 管 内 住 所				課 税 年 度
現 住 所				年 度

（お問合せ先）

松江市長

第 年 月 日 号

住民税の課税状況について（回答）

市区町村長

印

課税年度：

照 会 者 氏 名			性 別		生 年 月 日	
照 会 者 税 情 報	合 計 所 得 金 額		特別控除額			
	公的年金等の収入金額		課税所得（調整控除前）			
	減 免 前 市 町 村 民 税	所得割額：		均等割額：		
	市 町 村 民 税 減 免 額	所得割額：		均等割額：		
	給 与 所 得 額		公的年金等に係る雑所得			
	所得金額調整控除額					
不 明 時 の 理 由		未申告・非課税（要件： ）・該当なし・ その他（ ）				
賦課期日後転入者の場合の 転 入 日 及 び 前 住 所 地		〒 年 月 日 転入				

様式第30号(第30条関係)

介護保険料賦課資料請求書

年 月 日

様

松江市長 氏 名 印

介護保険料賦課資料について(照会)

下記の保険料賦課資料を必要としますので、ご多忙中恐縮ですが調査の上 月
日までにご回答くださいますようお願いいたします。

現 住 所				
前 住 所				
フリガナ 照会者氏名 (旧氏名)		生年月日	賦課年度	

第 号

年 月 日

様

年度 住民税の課税状況について(回答)

市町村区長 印

現 住 所					
前 住 所					
フリガナ 氏 名		性別		生年月日	
照会者税情報	合 計 所 得 金 額				
	減額・又は免除前 市 町 村 民 税	均 等 割 額		所 得 割 額	
	減額・又は免除後 市 町 村 民 税	均 等 割 額		所 得 割 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		
不明時の理由	未申告・非課税(要件:)・該当なし その他()				

附 則

この規則は、令和 8 年 1 月 5 日から施行する。