

新潟市介護保険法施行細則の規定による様式を定める要綱

令和2年11月20日 制定  
 令和3年 8月24日 一部改正  
 令和4年 4月 1日 一部改正  
 令和4年 8月 1日 一部改正

第1条 新潟市介護保険法施行細則（平成12年規則第44号）の規定による様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	関係条文	様式番号
介護保険住所地特例（開始・変更・終了）届出書	第2条	第1号
被保険者証	第3条	第2号
負担割合証	第3条の2	第3号
介護保険被保険者証等交付・再交付申請書	第4条	第4号
介護保険要介護認定・要支援認定申請書	第5条及び第10条	第5号
介護保険サービスの種類指定変更申請書	第5条	第6号
介護保険資格者証	第6条	第7号
介護保険申請取下申出書	第7条	第8号
介護保険主治医意見書提出依頼書	第8条	第9号
介護保険受診命令書	第8条	第10号
介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書	第9条	第11号
介護保険サービスの種類指定変更決定通知書	第9条	第12号
介護保険要介護認定・要支援認定等却下通知書	第11条	第13号
介護保険サービスの種類指定変更申請却下通知書	第11条	第14号
介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書	第12条	第15号
介護保険要介護認定・要支援認定等取消通知書	第13条	第16号
介護保険受給資格証明書	第14条	第17号
居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	第15条	第18号
介護保険〔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、特例	第16条及び第21条の3	第19号

特定入所者（介護・介護予防）サービス費、第1号事業支給費] 支給申請書		
介護保険償還払支給（不支給）決定通知書	第16条及び第26条	第20号
介護保険利用者負担額減額・免除申請書	第21条	第21号
介護保険利用者負担額減額・免除申請書	第21条	第22号
介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書	第21条	第23号
介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書	第21条	第24号
介護保険利用者負担額減額・免除認定証	第21条	第25号
介護保険利用者負担額減額・免除認定証	第21条	第26号
介護保険負担限度額認定申請書	第21条の2	第27号
同意書	第21条の2	第28号
介護保険負担限度額認定決定通知書	第21条の2	第29号
介護保険負担限度額認定証	第21条の2	第30号
介護保険（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費支給申請書	第24条	第31号
介護保険（居宅介護・介護予防）住宅改修費支給申請書	第25条	第32号
介護保険高額（介護・介護予防）サービス費支給申請書	第26条	第33号
高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書	第26条	第34号
高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給（不支給）決定通知書	第26条	第35号
新潟市介護保険高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）自己負担額証明書	第26条、第26条の2及び第27条	第36号
計算結果連絡票（介護保険高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限））	第26条	第37号
高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）基準収入額適用申請書	第26条の2	第38号
高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給対象世帯収入判定決定通知書	第26条の2	第39号
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	第27条	第40号
高額医療合算介護（予防）サービス費支給決定通知書	第27条	第41号
介護保険特定負担限度額認定申請書	第28条	第42号
介護保険特定負担限度額認定決定通知書	第28条	第43号
介護保険特定負担限度額認定証	第28条	第44号
介護保険減免認定取消通知書	第29条	第45号

介護保険給付支払方法変更（償還払い化）予告通知書	第30条	第46号
介護保険給付支払方法変更（償還払い化）通知書	第31条	第47号
介護保険給付支払方法変更（償還払い化）通知書	第31条	第48号
介護保険給付支払方法変更（償還払い化）終了申請書	第32条	第49号
介護保険給付支払方法変更（償還払い化）終了決定通知書	第32条	第50号
介護保険給付支払一時差止通知書	第33条	第51号
介護保険滞納保険料控除通知書	第34条	第52号
介護保険給付支払一時差止予告通知書（第2号被保険者）	第35条	第53号
介護保険給付支払一時差止通知書（第2号被保険者）	第36条	第54号
介護保険給付支払一時差止終了申請書（第2号被保険者）	第37条	第55号
介護保険給付支払一時差止終了決定通知書（第2号被保険者）	第37条	第56号
介護保険給付額減額通知書	第38条	第57号
介護保険給付額減額免除申請書	第39条	第58号
介護保険給付減額免除決定通知書	第39条	第59号

附 則

この様式は、令和2年11月24日から施行する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和3年8月1日から施行する。ただし、別記様式第18号の改正規定は、令和3年9月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要綱の施行の際現に存する別記様式第18号、第27号、第29号及び第30号は、改正後の新潟市介護保険法施行細則の規定による様式を定める要綱により、申請、届出又は交付された申請書、通知書その他の書類とみなす。
- 3 この要綱の施行の際現にある改正前の別記様式第18号による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和4年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に存する別記様式第3号、第30号、第33号及び第44号は、改正後の新潟市介護保険法施行細則の規定による様式を定める要綱により、申請、届出又は交付された申請書、通知書その他の書類とみなす。

3 この要綱の施行の際現にある改正前の別記様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

別記様式第1号（第2条関係）

介護保険住所地特例（開始・変更・終了）届出書

(宛先)新潟市長

次のとおり住所地特例（開始・変更・終了）について届け出ます。

※（ ）内は以下の基準により該当するものに○をつけてください。

在宅→施設：開始 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		

※届出人が被保険者本人の場合は、届出人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名	生年月日	年 月 日	
		性 別	男 ・ 女	

世 帯 主	氏名	世帯主との続柄	個人番号	
			生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女

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は、以下も記入してください。			
	施設名称			
	退所年月日	年 月 日		

異 動 後 情 報	現住所	〒  電話番号		
	*異動後住所が施設の場合は、以下も記入してください。			
	施設名称			
	入所年月日	年 月 日		

別記様式第2号 (第3条関係)

(一)		(二)		(三)		
<b>介護保険被保険者証</b>		要介護状態区分等		給付制限種別	内容	期 間
被保険者番号	整理番号	認定年月日 <small>(事業年度開始の日、または本支店リスト更新日)</small>			除却年月日	除却年月日
住所	フリガナ	認定の有効期間		及び期間	開始年月日	終了年月日
	氏名	区分支給限度基準額		除却年月日	終了年月日	
	生年月日	居宅サービス等		除却年月日	終了年月日	
交付年月日		サービスの種類	種類支給限度基準額	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	種別	
保険者番号 並びに保険者の名称及び印	1 5 1 0 0 1 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話(025)228-1000(大代表)	(うち種類支給限度基準額)			種別	
	新潟市	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		介護保険給付等	種別	年月日
				名称	年月日	年月日
				種別	年月日	年月日
				名称	年月日	年月日

(四)		(五)		(六)	
介護保険給付等	種別	年月日	注意事項	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に示された割合を乗じた金額です。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。)	9 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額(事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額)です。
	名称	年月日			
	種別	年月日			
	名称	年月日			
	種別	年月日			
	名称	年月日			
	種別	年月日			
	名称	年月日			
			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、速ちに、この証を市に戻してください。		
			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、市にその旨を届け出てください。		
			13 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。		
			14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市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)等を受けられます。この給付額減額の措置を受けた場合は、高額介護(予防)サービス費及び高額医療合算介護(予防)サービス費並びに(特別)特定入所介護(予防)サービス費が支給されなくなります。		

別記様式第3号（第3条の2関係）

介護保険負担割合証							
交付年月日							
被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
生年月日							
利用者負担の割合	適 用 期 間						
割 合	開始年月日 終了年月日						
割 合	開始年月日 終了年月日						
保険者番号 並びに保護 者の名称及 び印	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話 (025) 228-1000 (大代表)</p> <p><b>新 潟 市</b></p> 	1	5	1	0	0	1
1	5	1	0	0	1		

**注意事項**

- 1 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 2 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に於じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありませぬ。）。
- 3 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証を市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 4 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、市にその旨を届け出てください。
- 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けませぬ。
- 6 利用時支払額を3割（「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）を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されませぬ。







別記様式第6号 (第5条関係)

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

(宛先)新潟市長

次のとおり申請します。

申請日

□□年□□月□□日

フリガナ		生年月日	年 月 日		
本人又は申請代理人氏名(自署)		性別	本人との関係		
申請代理人住所	〒 電話番号				

\*申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	□□□□□□□□□□	個人番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別		
	住所	〒 電話番号			
	現に受けている要介護認定・要支援認定の内容	有効期間	から	まで	

新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求める旨	
種類指定変更理由	

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号 保険者証番号
特定疾病名	

- ・上記の提出代行者が私の被保険者台帳及び受給者台帳を閲覧することに同意します。
- ・居宅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居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設の関係人、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。

本人又は申請代理人氏名(自署) \_\_\_\_\_

事業者記入欄

事業者	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	事業者名	
所在地・連絡先	〒	電話番号	

別記様式第7号 (第6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		年 月 日		
被 保 険 者	番 号		整理番号	
	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
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 ~ 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				
給付制限種別及び期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称		届出年月日 年 月 日		
		届出年月日 年 月 日		
介護保険施設種類・名称及び入所期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日交付				
保険者番号 : 151001				
保険者の名称 : 新潟市中央区学校町通1番町602番地1				
及び印 : 電話(025)228-1000(大代表)				
新 潟 市 印				
※注意事項については、別紙をご覧ください。				

介護保険資格者証(介護保険暫定被保険者証)注意事項

- 1 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市の窓口等で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 2 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 3 介護サービスを受けようとするときは、必ず資格者証を事業者又は施設の窓口に提出してください。
- 4 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
- 5 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、市からの事後払い(償還払い)になります。
- 6 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 7 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。)
- 8 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額(事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額)です。
- 9 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。
- 10 資格者証の有効期限内に被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、資格者証を市に返してください。
- 11 資格者証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、資格者証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 12 資格者証の有効期限を経過したときは、資格者証を使用することはできません。
- 13 不正に資格者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市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。この給付額減額の措置を受けた場合は、高額介護(予防)サービス費及び高額医療合算介護(予防)サービス費並びに(特例)特定入所者介護(予防)サービス費が支給されなくなります。

別記様式第8号（第7条関係）

介護保険 申請取下申出書

（あて先）新潟市長

申出日 令和 年 月 日

次のとおり申請の取下げを申し出ます。

フリガナ	生年月日
申請（代行）者氏名 （白署）	本人との関係
申出（代行）者住所	〒 電話番号

※申出者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	
	フリガナ	生年月日
	氏名	
	住所	〒 電話番号

取り下げる申請の区分	申請日
------------	-----

取 下 げ の 理 由	

事業者記入欄

市事業者コード	指定事業者番号
事業社名	電話番号
所在地・連絡先	〒

新介第 号  
年 月 日

## 介護保険 主治医意見書提出依頼書

新潟市長

次の者について同封の「介護保険主治医意見書」を記入のうえ、 年 月 日 までにご返送ください

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
			性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒			

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設 1. 新規 2. 継続
--------	----	-------------------------

主治医意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続申請者別に以下の金額（税別）とします。

	在宅	施設
新規申請者	5,000 円	4,000 円
継続申請者	4,000 円	3,000 円

- 注 1 意見書作成料は、提出された月の末日に請求があったものとみなし、翌月の25日に支払います。  
 2 在宅の継続申請者とは、前回申請時と同一の医療機関又は主治医が意見書を記入した申請者をいいます。  
 3 施設の継続者とは、前回申請時と同一施設に入所している入所者に対して、医学的管理を行っている医師が意見書を記入した申請者をいいます。  
 4 施設とは、介護保険施設だけでなく、入浴・入所機能を有する施設をいいます。  
 5 施設入所者の意見書を施設とは関係のない医師が記入した場合には、在宅として扱われます。

問い合わせ先

新潟市長

介護保険 受診命令書

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、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	
	担当医氏名	
	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新潟市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、同法第32条第9項又は新潟市介護保険法施行規則第8条第2項の規定により、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。
- 4 診断した医師は、「介護保険主治医意見書」を記入してください。

問い合わせ先





様	第 号の 年 月 日	新潟市長 印
介護保険 サービスの種類指定変更決定通知書		
年 月 日にあなたが行ったサービスの種類指定変更申請について、介護保険法第37条第4項の規定に基づき、次のとおり変更したので通知します。		
被保険者番号		被保険者氏名
変更年月日 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
変更前 サービス種類の指定		
変更後 サービス種類の指定		
理由		
・被保険者証を新潟市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。 提出期限：		
問い合わせ先 所在地 電話番号		
不服の申立 この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1, 電話番号(025)285-5511)に対して審査請求をすることができます。		
処分取消しの訴え この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。		
(1) 審査請求をし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きの続行により生じ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 号の
	年 月 日
様	新潟市長 印

介護保険 サービスの種類指定変更申請却下通知書

年 月 日にあなたが行ったサービスの種類指定変更申請について、下記の理由により却下したので通知します。

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

却下年月日

却下理由

問い合わせ先  
所在地  
電話番号

不服の申立  
この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会（新潟市中央区新光町4番地1，電話番号(025)285-5511）に対して審査請求をすることができます。

処分取消しの訴え  
この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- (1) 審査請求をし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きの続行により生じ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。





別記様式第17号（第14条関係）

介護保険受給資格証明書													
被 保 険 者	番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>											
	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日		性 別										
	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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>保険者番号</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">新潟市長</p>													
<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 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	～												
利用者の負担割合 (世帯移動前の負担割合)													
認定審査会の意見等													
備 考													

※注意事項については、別紙をご覧ください。

## 介護保険受給資格証明書注意事項

- 1 受給資格証明書は、介護保険法第 36 条に基づき、転出先の市町村であらためて認定調査等を受けることなく、認定を受けることが可能となるように新潟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、この証明書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、新たに介護保険の保険者となり、あなたは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出をし、必ず受給資格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、受給資格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。



別記様式第18号（第15条関係）

受付番号			
居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書			
被保険者氏名	被保険者番号	個人番号	生年月日
居宅サービス計画の作成について <input type="checkbox"/> 居宅介護支援（小規模多機能型居宅介護）事業者に依頼する <input type="checkbox"/> 事業者に依頼しない（被保険者が作成する） <input type="checkbox"/> 介護予防支援（介護予防小規模多機能型居宅介護）・介護予防ケアマネジメント事業者に依頼する			
居宅（介護予防）サービス計画の作成を事業者依頼する場合は、 介護予防ケアマネジメントの作成を地域包括支援センターに依頼する場合は、記入してください。			
事業者の事業所名	事業者の所在地 〒 指定事業者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 電話番号 ( )		
介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの作成を居宅介護支援事業者に委託する場合は、 委託先の事業者を記入してください。			
事業者の事業所名	事業者の所在地 〒 委託先指定事業者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 電話番号 ( )		
サービス開始年月日	事業者の変更事由		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
（介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用開始月における、利用開始前の居宅サービス等の利用有無 ※（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者に変更する場合は、記入してください。			
<input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用有り 利用した居宅サービス <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用無し			
上記のとおり居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ( )			
代理人 ※届出者が被保険者から委任された代理人の場合に記入して下さい。 委任年月日 ( 年 月 日) 住所 代理人 氏名 電話番号 ( ) 被保険者との関係			
居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者が 居宅介護（介護予防）支援・介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護 認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護（介護予防）支援 事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名			



新潟市長

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

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

被保険者氏名											被保険者番号										
受付年月日						決定年月日															
サービス提供年月						本人支払額															
給付の種類																					
支 給						支給額						円									
不支給の理由																					

支 給 方 法

振込先		金融機関名													
		本支店名													
		預金種目													
		口座番号													
		口座名義人													

・問い合わせ先

・不服の申立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、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、新潟県 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。

所在地 新潟市中央区新光町4番地1

電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をし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きの続行により生じ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。

別記様式第21号（第21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 被保険者氏名			保険者番号
			被保険者番号
生年月日			
住所	〒	電話番号	
利用者負担額 減免申請理由			
新潟市長 様			
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・免除を申請します。			
住所 〒		電話番号	
申請者 氏名			

保険者記入欄

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	

0000000000

### 介護保険利用者負担額減額・免除申請書

（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請）

		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			
住所	〒	電話番号	
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒	電話番号	
入所年月日			
新潟市長 様			
上記のとおり特別養護老人ホームの旧措置入所者の認定及び利用者負担額に係る減額・免除を申請します。			
	住所 〒	電話番号	
	申請者		
	氏名	～	

保険者記入欄

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	

0000000000

新潟市長

介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書

先に申請のありました、利用者負担額減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	
被保険者番号	

決定年月日							
決定事項							
承認する	<table border="1"> <tr> <td>適用年月日</td> <td>(承認内容)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>給付率</td> <td>/100</td> </tr> </table>	適用年月日	(承認内容)		有効期限	給付率	/100
適用年月日	(承認内容)						
有効期限	給付率	/100					
承認しない	理由						

問い合わせ先

・不服の申立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、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、新潟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。

所在地 新潟市中央区新光町4番地1  
電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をし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きの続行により生じ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。

新潟市長

介護保険利用者負担減額・免除決定通知書  
 （特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する経過措置）

先に申請のありました、旧措置入所者に係る利用者負担減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	
被保険者番号	

決定年月日		
決定事項		
承認する	適用年月日 有効期限	(承認内容) 給付率 / 100
	理由	
承認しない		

問い合わせ先

・不服の申立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、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、新潟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。

所在地 新潟市中央区新光町4番地1  
 電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をし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きの続行により生じ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。

別記様式第25号 (第21条関係)

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">                 介護保険利用者負担額減額・免除認定証             </div>							
交付年月日							
被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日	男・女					
	適用年月日	から					
	有効期限	まで					
減額・免除 認定事項	給付率                    / 100						
保険者番号 並びに保険 者の名称 所在地及び 印	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">電話番号</p>						



別記様式第26号 (第21条関係)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">介護保険利用者負担額減額・免除認定証 (特別養護老人ホーム旧措置入所者に関する経過措置)</p> </div>															
<p>交付年月日</p>															
被 保 険 者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">番 号</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">生年月日</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">男・女</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">適用年月日</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">から</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有効期限</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">まで</td> </tr> </table>	番 号		住 所		フリガナ		氏 名		生年月日	男・女	適用年月日	から	有効期限	まで
	番 号														
	住 所														
	フリガナ														
	氏 名														
	生年月日	男・女													
	適用年月日	から													
有効期限	まで														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">減額・免除 認定事項</td> <td style="padding: 5px;">給付率 <span style="float: right;">/ 100</span></td> </tr> </table>	減額・免除 認定事項	給付率 <span style="float: right;">/ 100</span>													
減額・免除 認定事項	給付率 <span style="float: right;">/ 100</span>														
<p>保険者番号</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; 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> <p>並びに保険 者の名称</p> <p>所在地及び 印</p> <p style="margin-left: 20px;">電話番号</p>															

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

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

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

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、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

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高齢福祉年金受給者				
	<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80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい、以下同じ。) ※：寡婦年金、かんふ年金、母子年金、生母年金、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 ※預貯金等の別は別	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
	預貯金金額	円	有価証券(計額算額)	円	その他(現金・負債を含む)	( )※ 円 ※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	.....	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	〒	本人との関係

- 注意事項
- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
  - 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
  - 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
  - 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 同意書

(宛先)新潟市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、新潟市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<代筆者>

氏名

(代筆の場合は代筆者氏名もご記入下さい)

<配偶者>

住所

氏名

<代筆者>

氏名

(代筆の場合は代筆者氏名もご記入下さい)

新潟市長

介護保険負担限度額認定 決定通知書

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

被保険者氏名											
被保険者番号											
決定年月日											
決 定 事 項											
承認する	適用年月日	(承認内容) 負担限度額 (日額)									
	有効期限	食費 (介護予防) 通入所生活(療養) 介護 その他のサービス	:								
承認しない	理由	居 住 費	:								
		(ユニット型個室)	:								
		(ユニット型個室的多床室)	:								
		(従来型個室) 特養等 老健・療養等	:								
(多床室)	:										

問い合わせ先


・不服の申立及び処分取消しの訴え  
この決定に不服がある場合には、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、新潟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。

所在地  
電話番号

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合は、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- (1) 審査請求をし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きの続行により生じ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。

別記様式第30号（第21条の2関係）

介護保険負担限度額認定証												
交付年月日												
被 保 険 者	番 号											
	住 所											
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日											
適用年月日	から											
有効期限	まで											
食費の負担限度額	(介護予防)短期入所生活(療養)介護 その他のサービス	円 円										
居住費又は 滞在費の 負担限度額	ユニット型個室	円										
	ユニット型個室的多床室	円										
	従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・療養等) 多床室	円 円 円										
保険者番号 並びに保険者 番号並びに 所在地及び印	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>											電話番号

1 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域  
密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所  
生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の  
表面において「特養等」という。）並びに介護保険  
施設サービス、指定介護療養施設サービス、介護医  
療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期  
入所療養介護（この証の表面において「老健・療養  
等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、  
又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面  
に記載する負担限度額が支払いの上限になります。

2 前号に規定するサービスを利用するときは、被保  
険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の  
窓口提出してください。

3 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に  
該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効  
期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返し  
てください。また、転出の届出をする際には、この  
証を添えてください。

4 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、市にその旨を届け  
出てください。

5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪  
として懲役の処分を受けます。

別記様式第31号 (第24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

(宛先)新潟市長 年 月 日

下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。

フリガナ		生年月日	年 月 日
本人又は申請代理人氏名		本人との関係	
申請代理人住所	〒	電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

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	〒	電話番号	

福祉用具名(種目名及び商品名)	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
福祉用具が必要な理由			

注1 この申請書に領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

(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。

委任状	※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 (居宅介護・介護予防)福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。			
	年 月 日			
	受任者 (口座名義人)	住所		
		氏名		
	委任者(本人)			
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	
			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	領収証 確認欄	備 考
1 一般	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		
2 支払方法の 変更			
3 給付額減額			

別記様式第32号 (第25条関係)

介護保険 (居宅介護・介護予防)住宅改修費支給申請書			
(宛先)新潟市長		年 月 日	
下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。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
本人又は申請代理人氏名		本人との関係	
申請代理人住所	〒 電話番号		
※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。			
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	〒 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	
		着工日	年 月 日
		完成日	年 月 日
改修費用	円		
承諾書	※改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、必ず記入してください。 私は住宅改修を行うことを承諾いたします。 住所 _____ 住宅の所有者 氏名 _____		
注1 この申請書に領収書及び完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。 2 改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書を併せて添付してください。 (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。			
委 任 状	※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 (居宅介護・介護予防)住宅改修費の受領を下記の者に委任します。		年 月 日
	住所	_____	
受任者 (口座名義人)	_____		
	_____		
	委任者(本人)		
口 座 振 替 欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目
	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
	口座番号		
	フリガナ	_____	
	口座名義人	_____	
添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 工事費内訳書 <input type="checkbox"/> 承諾書 <input type="checkbox"/> 改修前及び改修後の写真 <input type="checkbox"/> その他( )		



別記様式第33号 (第26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)

(あて先) 新潟市長

年 月 日

下記のとおり、高額 (介護・介護予防) サービス費の支給を申請します。

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

フリガナ											本人との関係										
本人又は申請代理人氏名											電話番号										
申請代理人住所											電話番号										

注 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。

同一世帯で介護保険のサービスを利用されている方をお書きください。

氏名	生年月日	被保険者番号
	明・大・昭 年 月 日	
	明・大・昭 年 月 日	
	明・大・昭 年 月 日	

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ください。

※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず委任状を記入してください。  
高額 (介護・介護予防) サービス費の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

委 任 状	受任者 (口座名義人)	住所										
		氏名										
	委任者 (本人)											

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行・農協 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 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

市記入欄

区分	世帯コード	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	

(999999)  
9999999999

別記様式第34号 (第26条関係)

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給申請書  
兼自己負担額証明書交付申請書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

下記のとおり、高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。

被保険者 番号	被保険者番号											個人番号											
	フリガナ											生年月日											
	氏名											性別											
	計算期間	～																					
	住所	〒										電話番号											

フリガナ											本人との関係											
本人又は申請代理人氏名											電話番号											
申請代理人住所	〒										電話番号											

注 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（年間上限）の支給ができない場合があります。

同一世帯で介護保険のサービスを利用されている方をお書きください。

氏名	生年月日	性別	被保険者番号
	明・大・昭 年 月 日		
	明・大・昭 年 月 日		
	明・大・昭 年 月 日		

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）に該当する場合は下記の口座に振り込んでください。

※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず委任状を記入してください。  
高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

委任状	受任者 (口座名義人)	住所										
		氏名										
	委任者(本人)											
口座振替 依頼欄	銀行・農協 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 2 3 4 5 6 7 8 9 0	普通預金 当座預金 その他								
	フリガナ											
口座名義人												

市記入欄

区分	世帯 コード	給付制限 状況	備 考
1 単独		有・無	
2 合算		給付割合	

新潟市長

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給（不支給）決定通知書

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

被保険者氏名		被保険者番号	
受付年月日		決定年月日	
対象年度		本人支払額	円
支給		支給額	円
不支給の理由			

支給方法

振込先	金融機関名												
	本支店名												
	預金種目												
	口座番号												
	口座名義人												

・問い合わせ先

・不服の申立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、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、新潟県 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。

新潟市中央区新光町4番地1

電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をし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きの続行により生じ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 月 日

様

新潟市長

印

計算結果連絡票

（介護保険高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限））

給付費の計算を行った結果をお知らせします。

<支給対象者情報>

本市被保険者番号			
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	

<計算結果>

貴保険者において支給いただく金額		円	
本市において支給する金額		円	
本市自己負担額	円	貴保険者自己負担額	円
自己負担額合計		円	

<対象年度>

対象年度		基準日	
対象となる計算期間（本市）			
対象となる計算期間（貴保険者）			

【保険者連絡用】

問い合わせ先
所在地
電話番号

別記様式第38号（第26条の2関係）

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）基準収入額適用申請書

（申請先）

年 月 日

長

次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（年間上限）の負担段階判定に係る収入額を申請します。

世帯コード			
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日		性別	
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日		性別	
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日		性別	
住 所	連絡先		

氏 名				
平成 二九年 中の 収入	公的年金	円	円	円
	給与 (パート収入等を 含む)	円	円	円
	( ) (年金・給与以外 の収入)	円	円	円
	合計	円	円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		連絡先	( 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 )
申請者住所		本人との関係	

申請書記入の注意事項

- (1) 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人（40歳以上65歳未満の方は除く。）及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- (2) 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など）は除きます。
- (3) 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。

新潟市長

高額（介護・介護予防）サービス費（年間上限）支給対象世帯収入判定決定通知書

下記の申請年月日に申請のありました適用申請について、下記のとおり審査しましたので通知します。

申請年月日		受付年月日	
年間高額支給対象世帯収入判定決定内容			
決定年月日			
所得区分			
決定理由			
年間高額支給対象世帯収入判定適用受給者			
被保険者番号	被保険者氏名		

・問い合わせ先

・不服の申立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、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、新潟県 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。

新潟市中央区新光町4番地1  
電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をし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きの続行により生じ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。

別記様式第40号 (第27条関係)

(表)

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																
申請対象年度		年度		申請区分		1 新規			2 変更		3 取下げ		(保険者等記入欄)		支給申請書整理番号	
フリガナ		氏名		生年月日		年 月 日生		性別		個人番号		計算期間の始期及び終期			年 月から 年 月まで	
国民健康保険資格情報																
保険者番号		被保険者証記号		被保険者証番号		続柄		保険者名称		加入期間						
						1 世帯主 2 副世帯主 3 世帯員				年 月 日から 年 月 日まで						
後期高齢者医療資格情報																
保険者番号		被保険者番号		広域連合名称		加入期間										
						年 月 日から 年 月 日まで										
介護保険資格情報																
保険者番号		被保険者番号		保険者名称		加入期間										
						年 月 日から 年 月 日まで										
支払方法																
1 窓口払い	2 口座振込	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	本店	支店	出払所	店種コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号			
				信用金庫 信用組合 労働金庫 農協						1 普通預金 2 当座預金 3 その他		口座名義人				
保険者名簿																
1	2	3	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄											
年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日から	年 月 日まで											
年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日から	年 月 日まで											
<p>(宛先)新潟市長 年 月 日 支給される高額介護合算療養費の受領を下記の者に委任します。</p> <p>委任者  <input type="checkbox"/> 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。 申請代表者                  郵便番号                  住所                  氏名                  電話番号                  委任者                  氏名</p> <p><input type="checkbox"/> 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 氏名                  電話番号</p> <p>* 該当する□にレ印を記入してください。</p>																
<table border="1"> <tr> <td>枚中</td> <td>枚目</td> </tr> </table>															枚中	枚目
枚中	枚目															



新潟市長

高額医療合算介護（予防）サービス費 支給（不支給）決定通知書

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

被保険者氏名				被保険者番号		
計算対象期間						
申請年月日				決定年月日		
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円			支給額	円	
給付の種類	支給					
不支給の理由						
備考						

支給方法

振込先	金融機関名						
	本支店名						
	預金種目						
	口座番号						
	口座名義人						
	振込予定日						

・問い合わせ先

電話番号

- ・不服の申立及び処分取消しの訴え  
この決定に不服がある場合には、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、新潟県 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。

新潟市中央区新光町4番地1  
電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をし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きの続行により生じ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。

別記様式第42号 (第28条関係)

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

		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			
住 所	〒	電話番号	
特別養護老人ホームの所在地及び名称	〒	電話番号	
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室的多床室	3 従来型個室 4 多床室	
入所年月日			
特定負担限度申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他( )		

新潟市長 様

上記のとおり食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。

住所 〒

申請者

氏名

電話番号

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	

0000000000

新潟市長

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

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

被保険者氏名	
被保険者番号	

決定年月日																													
決定事項																													
承認する	<table border="0"> <tr> <td>適用年月日</td> <td>(承認内容)</td> <td>特定負担限度額(日額)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>食費</td> <td>:</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>居住費</td> <td>:</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ユニット型個室)</td> <td>:</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(ユニット型個室的多床室)</td> <td>:</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(従来型個室)</td> <td>:</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(多床室)</td> <td>:</td> <td>円</td> </tr> </table>	適用年月日	(承認内容)	特定負担限度額(日額)		有効期限	食費	:	円		居住費	:	円		(ユニット型個室)	:	円		(ユニット型個室的多床室)	:	円		(従来型個室)	:	円		(多床室)	:	円
適用年月日	(承認内容)	特定負担限度額(日額)																											
有効期限	食費	:	円																										
	居住費	:	円																										
	(ユニット型個室)	:	円																										
	(ユニット型個室的多床室)	:	円																										
	(従来型個室)	:	円																										
	(多床室)	:	円																										
承認しない	理由																												

問い合わせ先

・不服の申立及び処分取消しの訴え


この決定に不服がある場合には、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、新潟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。

所在地 新潟市中央区新光町4番地1  
 電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定についての取消しの訴えを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場合は、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- （1） 審査請求をし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きの続行により生じ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。

別記様式第44号（第28条関係）

<b>介護保険特定負担限度額認定証</b> (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 交付年月日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	適用年月日	から
	有効期限	まで
自費の特定負担限度		円
居住費の特 定負担限度 額	ユニット型個室	円
	ユニット型個室的多床室	円
	従来型個室 多床室	円
保険者番号 並びに保険者 名 称 並 び に 所在地及び印	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
	電話番号	

- 1 この証によって指定介護福祉施設サービス又は北  
 城密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を利用す  
 る際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、  
 この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの  
 上限となります。
- 2 前号に規定するサービスを利用するときは、被保  
 険者証とともに必ずこの証を特別養護老人ホームの  
 窓口へ提出してください。
- 3 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に  
 該当しなくなったとき、特定負担限度額認定証の有  
 効期限に至ったとき又は特別養護老人ホームを退所  
 したとき（引き続き、他の特別養護老人ホームに入  
 所する場合を除く。）は、遅滞なく、この証を市に  
 返してください。また、転出の届出をする際には、  
 この証を添えてください。
- 4 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、市にその旨を届け  
 出てください。
- 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪  
 として懲役の処分を受けます。

第 号の

年 月 日

新潟市長 印

介護保険 減免認定取消通知書

年 月 日に、あなたに認定した減免を、以下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	
--------	--	--------	--

取消年月日	
-------	--

取消内容

適用年月日 及び有効期限	から まで
内 容	

取消理由

--

・減免認定証を新潟市に提出してください。ただし、既に減免認定証を提出されている方は、不要です。

提出期限： 年 月 日

問い合わせ先 新潟市  
所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
電話番号 (025)228-1000(大代表)

不服の申立

この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1, 電話番号(025)285-5511)に対して審査請求をすることができます。

処分取消しの訴え

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- (1) 審査請求をし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きの続行により生じ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	第 年 月 日	号 日						
新潟市長 印								
介護保険給付支払方法変更(償還払い化)通知書								
<p>年 月 日付 第 号「介護保険給付支払方法変更(償還払い化)予告通知書」において既に通知していますが、未だ下記の介護保険料が滞納となっていますので、介護保険法第66条第 項の規定に基づき、年 月 日以降にあなたが利用する介護サービスについて、保険給付の支払方法変更(償還払い化)の措置をとることに決定しましたので通知します。</p> <p>なお、被保険者証に支払方法変更の記載を行いますので、下記の期限までに被保険者証を提出してください。</p> <p>提出先 新潟市 提出期限 年 月 日</p> <p>また、滞納額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情等があると認められる場合にはこの措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は被保険者証を添えて、すみやかに申し出てください。</p>								
被保険者番号	被保険者氏名							
【保険料滞納の状況】								
年度保険料								
期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額
第1期	円	円	第1期	円	円	第1期	円	円
第2期	円	円	第2期	円	円	第2期	円	円
第3期	円	円	第3期	円	円	第3期	円	円
第4期	円	円	第4期	円	円	第4期	円	円
第5期	円	円	第5期	円	円	第5期	円	円
第6期	円	円	第6期	円	円	第6期	円	円
第7期	円	円	第7期	円	円	第7期	円	円
第8期	円	円	第8期	円	円	第8期	円	円
第9期	円	円	第9期	円	円	第9期	円	円
第10期	円	円	第10期	円	円	第10期	円	円
第11期	円	円	第11期	円	円	第11期	円	円
第12期	円	円	第12期	円	円	第12期	円	円
計	円	円	計	円	円	計	円	円
<p>※上記は 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納付された場合には、すみやかに申し出てください。</p> <p>問い合わせ先 新潟市 所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話番号 (025)228-1000(大代表)</p> <p>不服の申立 この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1、電話番号(025)285-5511)に対して審査請求をすることができます。</p> <p>処分取消しの訴え この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。</p> <p>(1) 審査請求をし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きの続行により生じ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。</p>								

介護保険給付支払方法変更(償還払い化)終了申請書

(宛先)新潟市長 年 月 日

下記のとおり保険給付の支払方法変更(償還払い化)の終了を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
本人又は申請代理人氏名		本人との関係	
申請代理人住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

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							生年月日	年 月 日			
	住所	〒 電話番号										

申 請 の 理 由	1 公費負担医療の受給 2 災害 3 重大な障がい又は長期入院 4 その他

市記入欄

--

--

第 号の  
年 月 日

様

新潟市長

印

介護保険給付支払方法変更(償還払い化)終了決定通知書

年 月 日にあなたが行った介護保険給付の支払方法変更(償還払い化)終了申請について、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日		決定内容	
-------	--	------	--

支払方法変更終了日

--

決定理由

--

なお、支払方法変更(償還払い化)終了と決定された方は、被保険者証の支払方法変更の記載を削除しますので、下記の期限までに被保険者証を提出してください。

提出先 新潟市  
提出期限 年 月 日

問い合わせ先 新潟市  
所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
電話番号 (025)228-1000(大代表)

不服の申立

この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1, 電話番号(025)285-5511)に対して審査請求をすることができます。

処分取消しの訴え

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- (1) 審査請求をし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きの続行により生じ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	新潟市長	第 年 月 日 印
<b>介護保険給付支払一時差止通知書</b>		
<p>年 月 日にあなたは、保険給付の償還払いの申請をしましたが、あなたの介護保険料は下記のとおり滞納となっています。</p> <p>介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では滞納の方に対し、保険給付の支払の一時差止の措置が定められています。</p> <p>したがって、下記の期日までに保険料が納付されない場合には、介護保険法第67条第 項の規定に基づき、保険給付の支払一時差止の措置をとることに決定しましたので通知します。</p> <p>「保険給付の支払一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、償還払いの対象となる金額の全部または一部について支払の一時差止を行うものです。</p> <p>期日 年 月 日</p> <p>なお、この通知により、保険給付の支払の一時差止が行われた場合でも、滞納額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情等があると認められる場合にはこの措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は被保険者証を添えて、すみやかに申し出てください。</p>		
被保険者番号	被保険者氏名	
差止の対象となる介護サービス：		
差止の対象となる給付額： 円		
<b>【保険料滞納の状況】</b>		
年度保険料		
期 別	年度保険料	年度保険料
	うち滞納額	うち滞納額
第1期	円	円
第2期	円	円
第3期	円	円
第4期	円	円
第5期	円	円
第6期	円	円
第7期	円	円
第8期	円	円
第9期	円	円
第10期	円	円
第11期	円	円
第12期	円	円
計	円	円
<p>※上記は 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納付された場合には、すみやかに申し出てください。</p> <p>問い合わせ先 新潟市 所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話番号 (025)228-1000(大代表)</p> <p>不服の申立 この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1、電話番号(025)285-5511)に対して審査請求をすることができます。</p> <p>処分取消しの訴え この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。</p> <p>(1) 審査請求をし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きの続行により生じ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。</p>		



	第 年 月 日	号 日																																																																																										
様	新潟市長	印																																																																																										
介護保険給付支払一時差止予告通知書(第2号被保険者)																																																																																												
年 月 日にあなたは	申請をしましたが、あなたの医療保険料等は下記のとおり未納となっています。																																																																																											
<p>医療保険料等が未納のままですと、制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では未納の方に対し、保険給付の支払方法を変更する措置が定められています。</p> <p>したがって、今後も医療保険料等の未納の状態が続いた場合に、介護保険法第68条第1項の規定に基づき、保険給付の支払方法変更(償還払い化)の措置及び保険給付の支払一時差止の措置をとることになりますので予告します。</p> <p>「保険給付の支払方法変更(償還払い化)」とは介護サービスを受けたとき、サービス提供事業者にいったん費用の全額を支払い、後日、領収証を添付して保険者負担分を保険者に対して請求する制度です。</p> <p>「保険給付の支払一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、償還払いの対象となる金額の全部または一部について支払の一時差止を行うものです。</p> <p>なお、災害その他特別な事情等により納付が困難な場合は、すみやかに申し出てください。</p>																																																																																												
被保険者番号	被保険者氏名																																																																																											
<b>【医療保険料等の未納状況】</b>																																																																																												
医療保険の加入期間 年 月 日から 年 月 日まで																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">年度医療保険料等</th> <th colspan="2">年度医療保険料等</th> <th colspan="2">年度医療保険料等</th> </tr> <tr> <th>期 別</th> <th>医療保険料等額</th> <th>期 別</th> <th>うち未納医療保険料等額</th> <th>期 別</th> <th>うち未納医療保険料等額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>第1期</td><td>円</td><td>第1期</td><td>円</td><td>第1期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第2期</td><td>円</td><td>第2期</td><td>円</td><td>第2期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第3期</td><td>円</td><td>第3期</td><td>円</td><td>第3期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第4期</td><td>円</td><td>第4期</td><td>円</td><td>第4期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第5期</td><td>円</td><td>第5期</td><td>円</td><td>第5期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第6期</td><td>円</td><td>第6期</td><td>円</td><td>第6期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第7期</td><td>円</td><td>第7期</td><td>円</td><td>第7期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第8期</td><td>円</td><td>第8期</td><td>円</td><td>第8期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第9期</td><td>円</td><td>第9期</td><td>円</td><td>第9期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第10期</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第11期</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td></tr> <tr><td>第12期</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td></tr> <tr><td>計</td><td>円</td><td>計</td><td>円</td><td>計</td><td>円</td></tr> </tbody> </table>			年度医療保険料等		年度医療保険料等		年度医療保険料等		期 別	医療保険料等額	期 別	うち未納医療保険料等額	期 別	うち未納医療保険料等額	第1期	円	第1期	円	第1期	円	第2期	円	第2期	円	第2期	円	第3期	円	第3期	円	第3期	円	第4期	円	第4期	円	第4期	円	第5期	円	第5期	円	第5期	円	第6期	円	第6期	円	第6期	円	第7期	円	第7期	円	第7期	円	第8期	円	第8期	円	第8期	円	第9期	円	第9期	円	第9期	円	第10期	円	第10期	円	第10期	円	第11期	円	第11期	円	第11期	円	第12期	円	第12期	円	第12期	円	計	円	計	円	計	円
年度医療保険料等		年度医療保険料等		年度医療保険料等																																																																																								
期 別	医療保険料等額	期 別	うち未納医療保険料等額	期 別	うち未納医療保険料等額																																																																																							
第1期	円	第1期	円	第1期	円																																																																																							
第2期	円	第2期	円	第2期	円																																																																																							
第3期	円	第3期	円	第3期	円																																																																																							
第4期	円	第4期	円	第4期	円																																																																																							
第5期	円	第5期	円	第5期	円																																																																																							
第6期	円	第6期	円	第6期	円																																																																																							
第7期	円	第7期	円	第7期	円																																																																																							
第8期	円	第8期	円	第8期	円																																																																																							
第9期	円	第9期	円	第9期	円																																																																																							
第10期	円	第10期	円	第10期	円																																																																																							
第11期	円	第11期	円	第11期	円																																																																																							
第12期	円	第12期	円	第12期	円																																																																																							
計	円	計	円	計	円																																																																																							
<p>※上記は 年 月 日現在の未納額です。行き違いに納付された場合には、すみやかに申し出てください。</p> <p>問い合わせ先 新潟市 所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話番号 (025)228-1000(大代表)</p> <p>弁明の機会を付与する通知 この通知内容について異議がある場合には、弁明をすることができますので、下記の提出期限までに別紙弁明書を提出してください。</p> <p>弁明書提出先 新潟市 所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話番号 (025)228-1000(大代表)</p> <p>弁明書提出期限 年 月 日</p>																																																																																												



介護保険給付支払一時差止終了申請書(第2号被保険者)

(宛先)新潟市長 年 月 日

下記のとおり保険給付の支払一時差止の終了を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
本人又は申請代理人氏名		本人との関係	
申請代理人住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ		
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	〒 電話番号	

申 請 の 理 由	1 災害 2 重大な障がい又は長期入院 3 その他

市記入欄

--



様	第 号の 年 月 日	新潟市長 印
<b>介護保険給付支払一時差止終了決定通知書(第2号被保険者)</b>		
年 月 日にあなたが行った介護保険給付の支払一時差止終了申請について、下記のとおり決定しましたので通知します。		
被保険者番号		被保険者氏名
決定年月日		決定内容
支払一時差止終了日		
決定理由		
<p>なお、支払一時差止終了と決定された方は、被保険者証の保険給付差止の記載を削除しますので、下記の期限までに被保険者証を提出してください。</p> <p>提出先 新潟市 提出期限 年 月 日</p> <p>問い合わせ先 新潟市 所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話番号 (025)228-1000(大代表)</p> <p><b>不服の申立</b> この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1、電話番号(025)285-5511)に対して審査請求をすることができます。</p> <p><b>処分取消しの訴え</b> この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) 審査請求をし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。</li><li>(2) 処分、処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。</li><li>(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。</li></ol>		



介護保険給付額減額免除申請書

(宛先)新潟市長

年 月 日

下記のとおり給付額減額等の措置の免除を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
本人又は申請代理人氏名		本人との関係	
申請代理人住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ		
	氏名	生年月日	年 月 日
	住所	〒 電話番号	

申 請 の 理 由	1 災害 2 重大な障がい又は長期入院 3 その他

市記入欄

--

様	第 号の 年 月 日	新潟市長 印
介護保険給付額減額免除決定通知書		
年 月 日にあなたが行った介護保険給付額減額免除申請について、 下記のとおり決定しましたので通知します。		
被保険者番号		被保険者氏名
決定年月日		決定内容
給付額減額免除期間		
決定理由		
<p>なお、給付額減額免除と決定された方は、被保険者証の給付額減額等の記載を消除しますので、下記の期限までに被保険者証を提出してください。</p> <p>提出先 新潟市 提出期限 年 月 日</p> <p>問い合わせ先 新潟市 所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 電話番号 (025)228-1000(大代表)</p> <p>不服の申立 この決定に不服がある場合には、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、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1, 電話番号(025)285-5511)に対して審査請求をすることができます。</p> <p>処分取消しの訴え この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを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場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。</p> <p>(1) 審査請求をし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きの続行により生じ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。</p>		