

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  
 令和6年 4月 1日 一部改正  
 令和6年12月 2日 一部改正  
 令和7年 6月 1日 一部改正  
 令和7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 | 第16条及び第21条の3 | 第19号 |

|                                                                                                                                                                     |                       |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|
| 例地域密着型（介護・介護予防）サービス費，<br>（居宅介護・介護予防）サービス計画費，特例<br>（居宅介護・介護予防）サービス計画費，施設<br>介護サービス費，特例施設介護サービス費，特<br>定入所者（介護・介護予防）サービス費，特例<br>特定入所者（介護・介護予防）サービス費，第<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>ス費（年間上限）自己負担額証明書                                                                                                                           | 第26条，第26条の<br>2及び第27条 | 第36号 |
| 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額<br>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<br>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<br>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<br>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 3 1 条 | 第 4 8 号 |
| 介護保険給付支払方法変更（償還払い化）終了申請書       | 第 3 2 条 | 第 4 9 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 3 2 条 | 第 5 0 号 |
| 介護保険給付支払一時差止通知書                | 第 3 3 条 | 第 5 1 号 |
| 介護保険滞納保険料控除通知書                 | 第 3 4 条 | 第 5 2 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 3 5 条 | 第 5 3 号 |
| 介護保険給付支払一時差止通知書（第 2 号被保険者）     | 第 3 6 条 | 第 5 4 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 3 7 条 | 第 5 5 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 3 7 条 | 第 5 6 号 |
| 介護保険給付額減額通知書                   | 第 3 8 条 | 第 5 7 号 |
| 介護保険給付額減額免除申請書                 | 第 3 9 条 | 第 5 8 号 |
| 介護保険給付減額免除決定通知書                | 第 3 9 条 | 第 5 9 号 |

#### 附 則

この様式は、令和 2 年 1 1 月 2 4 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 1 8 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 1 8 号、第 2 7 号、第 2 9 号及び第 3 0 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 1 8 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 3 0 号、第 3 3 号及び第 4 4 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。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は，令和6年4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，決定，認定された通知書，認定証とみなす。
- 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。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は，令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

- 2 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。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は，令和7年6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2号，第3号，第7号，第30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，決定，認定された認定証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。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は，令和7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 | 〒<br><br>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<br>保<br>険<br>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<br>帯<br>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<br>動<br>前<br>情<br>報 | 従前の住所                      | 〒<br><br>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                       |               |  |  |
|                       | 施設退所年月日                    | 年 月 日         |  |  |

|                       |                            |               |  |  |
|-----------------------|----------------------------|---------------|--|--|
| 異<br>動<br>後<br>情<br>報 | 現住所                        | 〒<br><br>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                       |               |  |  |
|                       | 施設入所年月日                    | 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><br>被保険者番号<br>住所<br>フリガナ<br>氏名<br>生年月日<br>性別<br>交付年月日<br>保険者番号<br>並びに保険者の名称及び印<br><div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">151001</div> <div>               新潟市中央区学校町通1番地602番地1<br/>               電話(025)228-1000(大代表)<br/> <b>新潟市</b> </div> </div> |  | 要介護状態区分等<br>認定年月日<br><small>(事業年度末の認定は、基本チェックリスト実施日)</small><br>認定の有効期間<br>区分支給限度基準額<br>居宅サービス等<br>サービスの種類<br>種類支給限度基準額<br>(うち種類支給限度基準額)<br>認定審査会の意見<br>及びサービスの種類の指定 |  | 給付制限種別及び期間<br>内容<br>期間<br>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<br>種類<br>名称<br>種類<br>名称<br>年月日<br>年月日<br>年月日<br>年月日 |  |

| (四)                                                                                                      |  | (五)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | (六)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 介護保険施設等<br>種類<br>名称<br>種類<br>名称<br>種類<br>名称<br>種類<br>名称<br>年月日<br>年月日<br>年月日<br>年月日<br>年月日<br>年月日<br>年月日 |  | <b>注意事項</b><br>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介護認定又は要支援認定を受けてください。<br>2 サービス・活動事象(第1号事象)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。<br>3 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。<br>4 サービス・活動事象(第1号事象)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。<br>5 認定の有効期限を超過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を超過する60日前から30日前までの間に市の窓口等にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。<br>6 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス(以下「居宅サービス等」という。)については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市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取換給付となります。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。<br>7 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。 |  | 8 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です。(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。)<br>9 サービス・活動事象(第1号事象)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。<br>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。<br>11 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市に返してください。<br>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。<br>13 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。<br>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)、利用的支払額を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費介護(予防)サービス費並びに(特別)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3号（第3条の2関係）

| 介護保険負担割合証                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 交付年月日                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 被<br>保<br>険<br>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                             | 開始年月日<br>終了年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 割                             | 開始年月日<br>終了年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 保険者番号<br>並びに保険<br>者の名称及<br>び印 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 1 5 1 0 0 1 </div><br>新潟市中央区学校町通1番町602番地1<br>電話（025）228-1000（大代表）<br><div style="display: inline-block; text-align: center;"> <b>新 潟 市</b>  </div> |

**注意事項**

- 介護サービス又はサービス・活動事象（第1号事業）のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口提出してください。
- 介護サービス又はサービス・活動事象（第1号事業）のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「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使用支払額はありません。）
- 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。
- 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。
- 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。
- 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す。

介護保険 被保険者証等 交付・再交付申請書

年 月 日

No.

(宛先)新潟市長

次のとおり申請します。

1 申請者(窓口に来た方)

|      |     |                      |                                         |
|------|-----|----------------------|-----------------------------------------|
| 住所   | 新潟市 | 電話                   |                                         |
| フリガナ |     | 本人との関係<br>○で囲んでください。 | 本人・法定代理人<br>任意代理人(同居家族<br>・同居以外の家族・その他) |
| 氏名   |     |                      |                                         |

※法定代理人の場合は戸籍謄本その他その資格を証明する書類が必要です。

任意代理人の場合は委任状又は被保険者本人の被保険者証(医療保険又は介護保険)が必要です。

2 被保険者

|        |                                                                   |     |      |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------|-----|------|--|
| 住所     | <input type="checkbox"/> 1と同じ<br><input type="checkbox"/> 1と異なる場合 | 新潟市 | 電話   |  |
| 被保険者番号 |                                                                   |     | 個人番号 |  |
| フリガナ   |                                                                   |     |      |  |
| 氏名     |                                                                   | 性別  | 男・女  |  |
|        | 年 月 日生                                                            |     |      |  |

3 交付又は再交付を求めるもの

|      |                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                         |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 新規交付 | <input type="checkbox"/> 被保険者証・資格者証                                                                                                                                                |       |                                                                                                         |
| 再交付  | <input type="checkbox"/> 被保険者証・資格者証<br><input type="checkbox"/> 負担割合証<br><input type="checkbox"/> 負担限度額認定証<br><input type="checkbox"/> 受給資格証明書<br><input type="checkbox"/> 社福軽減確認証 | 申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失・焼失<br><input type="checkbox"/> 破損・汚損<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ ] |

注1 再交付申請の理由が、紛失・焼失以外の場合には、被保険者証等を添付してください。

2 該当する項目の□にレ印をつけてください。

市 記 入 欄

|                           |                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 申請者の身分確認                | 運転免許証・有効期限内の医療保険被保険者証又は資格確認書・その他( )                                                                                                                                                                                   |
| 2 被保険者の身分確認               | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号(40歳以上65歳未満は、医療保険加入の確認が必要)<br>運転免許証・有効期限内の医療保険被保険者証又は資格確認書・その他( )                                                                                              |
| 被保険証の交付・再交付の場合の<br>窓口交付状況 | <input type="checkbox"/> 被保険者証交付済み <input type="checkbox"/> 被保険者証のみ郵送 <input type="checkbox"/> 認定申請同時<br><input type="checkbox"/> 資格者証交付済み <input type="checkbox"/> 資格者証交付済み、被保険者証は郵送<br>(出力された証を交付しない場合は、申請書に添付のこと。) |

受付場所: 介護保険課 / ( )区役所 健康福祉課 / ( )出張所  
( )連絡所 / ( )地域保健福祉センター

受付者

(介護保険課処理欄)

入力

交付

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 課 長 | 補 佐 | 係 長 | 担 当 |
|     |     |     |     |



別記様式第5号（第5条関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

新潟市長

次のとおり申請します。

個人番号

介護保険  
被保険者番号

申請年月日

医療  
保険  
被保険者  
記号・番号

記号

番号

フリガナ

生年月日

氏 名

性 別

住 所

電話番号

前回の要介護  
認定の結果等

★要介護・要支援  
認定更新認定の  
場合のみ記入

有効期間

から

★14日以内に  
他自治体から  
転入した者の  
み記入

転入元自治体（市町村）名

現在、転入元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。

はい・いいえ

（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）

「はい」の場合、申請日

年

月

日

介護保険施設  
入院・入所の  
有無  
（短期入所を  
除く）

有

無

入院・入施設名

所在地

介護保険施設以外入院医療機関名・入施設名

所在地

申請者氏名

本人との  
関係

提出代行者  
名称

該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護施設）

申請者住所

電話番号

主 治 医

主治医の氏名

医療機関名

所 在 地

電話番号

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、私の被保険者台帳、受給者台帳、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私の担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

更新申請の場合で、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができるとき、申請の日から30日を超えて延滞を行う場合であっても認定の延期に係る通知を省略することに同意します。

本人氏名

## 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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                        | <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"/> | 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<br>要介護認定・要<br>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    |  | 医療保険被保険者記号・番号<br>保険者番号 |  |
| 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     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 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<br>保<br>険<br>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<br><br>-----<br>(うち種類支給限度基準額)                                                                                                          |      | 区分支給限度基準額     |  |           |       |
|                                                                                                                                                      |      | 年 月 日 ～ 年 月 日 |  | 1月当たり     |       |
|                                                                                                                                                      |      | 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 |  |           |       |
| <p>年 月 日交付</p> <p>保険者番号 : 151001</p> <p>保険者の名称 : 新潟市中央区学校町通1番町602番地1</p> <p>及び印 : 電話(025)228-1000(大代表)</p> <p style="text-align: right;">新 潟 市 印</p> |      |               |  |           |       |
| ※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 サービス・活動事業（第1号事業）のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 3 介護サービスを受けようとするときは、必ず資格者証を事業者又は施設の窓口提出してください。
- 4 サービス・活動事業（第1号事業）のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
- 5 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り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 サービス・活動事業（第1号事業）のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。
- 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 資格者証の有効期間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 資格者証の有効期間を経過したときは、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拘禁刑の処分を受けます。
- 14 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市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H 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<br>（白署） | 本人との関係 |      |
| 申請（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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |      |
|                  | フリガナ   |      |
|                  | 氏名     | 生年月日 |
|                  | 住所     | 〒    |
|                  |        | 電話番号 |

|            |  |     |  |
|------------|--|-----|--|
| 取り下げる申請の区分 |  | 申請日 |  |
|------------|--|-----|--|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 取<br>下<br>げ<br>の<br>理<br>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 | 〒 |         |  |

新潟第

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<br>保<br>険<br>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, 0 0 0 円 | 4, 0 0 0 円 |
| 継続申請者 | 4, 0 0 0 円 | 3, 0 0 0 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はなく、入院・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

介護保険 受診命令書

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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  |  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| *診断を受ける口時<br>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（治療意見書）」を記入してください。

問い合わせ先



新介第 年 月 号 H

新潟市長

## 介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書

— 年 月 日にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請について、介護保険法第 3 5 条 4 項の規定に基づき、次のとおり審査判定されましたので、認定し通知します。

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

認定結果

|  |
|--|
|  |
|--|

理由

|  |
|--|
|  |
|--|

「要介護」及び「要支援」の場合、その認定期間等

|         |    |
|---------|----|
| 認定の有効期間 | から |
|---------|----|

- 
- ・ 認定の有効期間内であっても、認定の変更の申請をすることができます。
  - ・ 認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは、認定の有効期間の満了の日の 6 0 日前から認定の更新の申請をすることができます。
  - ・ サービスの種類の指定を受けた場合は、状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。
  - ・ 介護認定審査会の意見として、サービスの適切かつ有効な利用等に関しての留意事項がある場合には、被保険者証に記載してあります。

問い合わせ先

不服の申立及び取消訴訟

この通知書について不服がある場合は、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、審査請求をすることができます。

住所  
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、処分の執行又は継続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止当な理由があるとき。

|   |      |                               |
|---|------|-------------------------------|
| 様 | 新潟市長 | 第      号の<br>年    月    日<br>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

|                  |  |
|------------------|--|
| 変更前<br>サービス種類の指定 |  |
| 変更後<br>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。

介護保険 要介護認定・要支援認定等却下通知書

被保険者番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

被保險者氏名

|  |
|--|
|  |
|--|

この通知書について不服がある場合は、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、審査請求をすることができます。

住所電話番号

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上の執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) その他裁決を遅滞しないことにつき正当な理由があるとき。

|  |
|--|
|  |
|--|

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。



新介第 年 月 号 日

新潟市長

介護保険 要介護認定・要支援認定等取消通知書

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

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

取消理由

|  |
|--|
|  |
|--|

- ・ 被保険者証を提出してください。  
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。  
提出場所：提出期限：

問い合わせ先

不服の申立及び取消訴訟

この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟県介護保険審査会に対し、審査請求をすることができます。

住所

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、処分の執行又は下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。

| 介護保険受給資格証明書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |       |  |       |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|-------|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 番 号     | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> |  |       |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> </div> <p style="text-align: right;">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<br>(住所移動前の負担割合)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |       |  |       |  |  |  |  |  |
| 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 |
| <div>居宅サービス計画の作成について</div> <div> <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<br/> <input type="checkbox"/> 事業者に依頼しない（被保険者が作成する）<br/> <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         </div>                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |
| 居宅（介護予防）サービス計画の作成を事業者に依頼する場合又は、<br>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に、記入してください。                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |
| 事業者の事業所名                                                                                                                                                                                                                                                             | 事業者の所在地 〒<br><div>             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"/> </div> 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に、<br>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 〒<br><div>             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"/> </div> 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<br>※ （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に、記入してください。                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |
| <div> <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"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> 居宅サービスの利用無し         </div>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |
| 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。<br>年    月    日<br>住所<br>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。<br>委任年月日 (      年    月    日 )<br>住所<br>代理人      氏名      電話番号 (      )<br>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<br>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<br>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<br>事業者に必要な範囲で提示することに同意します。<br><div>             年    月    日      氏名           </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |

別記様式第 19 号（第 16 条及び第 21 条の 3 関係）

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------|
| 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                         |       |
| ( 年 月 分 )                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |
| (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)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，特例特定入所者(介護・介護予防)サービス費又は第 1 号事業支給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<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                                                                                          | 被保険者番号                                                                                                                                                                                               | 個 人 番 号         |                               |       |
|                                                                                                                                                                                                                           | フリガナ                                                                                                                                                                                                 | 生 年 月 日         |                               | 年 月 日 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 氏 名                                                                                                                                                                                                  | 電話番号            |                               |       |
|                                                                                                                                                                                                                           | 住 所                                                                                                                                                                                                  | 〒 電話番号          |                               |       |
| 支 払 金 額 合 計                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      | 円               |                               |       |
| 申 請 理 由                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |
| 注 この申請書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(介護予防支援)提供証明書も併せて添付してください。                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |
| 上記の給付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。<br>上記の給付費の受領を下記の者に委任します。                                                                                                                                                |                 |                               |       |
|                                                                                                                                                                                                                           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                |                 |                               |       |
| 住所                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |
| 受 任 者<br>(口座名義人)                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      | 氏名              |                               |       |
| 委任者(本人)                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |
| 口 座 振 替<br>依 頼 欄                                                                                                                                                                                                          | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合                                                                                                                                                                                   | 本店<br>支店<br>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<br>確 認 欄  | サ ー ビ ス<br>提 供 証 明<br>書 確 認 欄 | 備 考   |
| 1 一般                                                                                                                                                                                                                      | 未納保険料<br>有・無<br>滞納保険料<br>有・無                                                                                                                                                                         |                 |                               |       |
| 2 支払方法<br>の変更                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |
| 3 給付額減<br>額                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                      |                 |                               |       |

新 健第 年 月 日 号

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 介護保険審査会に對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 2 1 号（第 2 1 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<br>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<br>減免申請理由                                                                               |        |        |  |
| <p>新潟市長 様</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・免除を申請します。</p> <p>住所 〒 電話番号</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> |        |        |  |

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                                             |        | 保険者番号  |  |
| 被保険者氏名                                           |        | 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  | 適用年月日<br>有効期限<br><div>(承認内容)</div> <div>給付率</div> <div>/100</div> |  |
| 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 | ( 承 認 内 容 ) |         |
|         | 有効期限  | 給付率         | ／ 1 0 0 |
| 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 0 2 5 - 2 8 5 - 5 5 1 1

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 2 5 号（第 2 1 条関係）

|                                                                                                  |                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">介護保険利用者負担額減額・免除認定証</div> |                                                                                                                  |     |
| 交付年月日                                                                                            |                                                                                                                  |     |
| 被<br>保<br>険<br>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<br>認定事項                                                                                    | 給付率                      / 1 0 0                                                                                 |     |
| 保険者番号<br>並びに保険<br>者 の 名 称<br>所在地及び<br>印                                                          | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div><br><br><br><br><br>電話番号 |     |



別記様式第 2 6 号 (第 2 1 条関係)

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>介護保険利用者負担額減額・免除認定証</p> <p>(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> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
| 交付年月日                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
| 被<br>保<br>険<br>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<br>認定事項                                                                                                                              | 給付率 / 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
| 保険者番号<br>並びに保険<br>者 の 名 称<br>所在地及び<br>印                                                                                                    | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> |     |
|                                                                                                                                            | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |

## 別記様式第27号（第21条の2関係）

| 介護保険負担限度額認定申請書                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                                                                                                                             |   |                                           |      | 年 月 日 |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------|------|-------|------------------------------------------------|
| <p>（宛先）新潟市長</p> <p>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。</p>                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                                                                                                                                             |   |                                           |      |       |                                                |
| フリガナ<br>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 ・ 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〇して下さい。以下同じ。）<br>※ 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<br>※通帳等の写しは別                                                                                                                                                                                                                                                                          | <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。<br>※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。 |   |                                           |      |       |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 預貯金額                     |                                                                                                                                                             | 円 | 有価証券<br>（評価概算額）                           |      | 円     | その他<br>（現金・負債を含む）<br>（ ）※<br>円<br>※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・携帯・勤務先）                            |      |       |                                                |
| 申請者住所<br>〒                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                                                             |   | 本人との関係                                    |      |       |                                                |
| <p>注意事項</p> <p>（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。</p> <p>（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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> |                          |                                                                                                                                                             |   |                                           |      |       |                                                |

## 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）

別記様式第29号（第21条の2関係）

新 潟 県 年 月 日

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               | 円 |
|         |       | (許可) 福祉施設等        | 円 |
|         |       | その他のサービス          | 円 |
|         |       | 居 住 費             | 円 |
| 承認しない   |       | (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       | 円 |
|         |       | 老健・医療院等           | 円 |
|         |       | (多床室)             | 円 |
| 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

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<br>保<br>険<br>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                         |
| 介護予防給付受給額                                                                                                                                      | (介護予防)短期入所生活支援(事後)介護<br>その他のサービス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 円                          |
| 高経費又は<br>滞在外の<br>負担限度額                                                                                                                         | ユニット型個室<br>ユニット型個室の専任室<br>従来型個室(特設等)<br>従来型個室(老老・国庫併等)<br>多床室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 円<br>円<br>円<br>円<br>円<br>円 |
| 保険者番号<br>及びに保険者<br>名並びに<br>所在地及び市                                                                                                              | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> |                            |
| 市町村番号 <div style="float: right; text-align: right;">  </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                            |

- 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。）並びに介護保健施設サービス、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・医療院等」という。）を利用する際に食事の提供を要し、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定介護保険施設等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り、認定の条件に該当しなくなったりとき又は負担限度額認定書の有効期限に至ったときは、滞りなく、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拘禁刑の処分を受けます。

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<br>保<br>険<br>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。<br>(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<br>住所 _____<br>受任者 (口座名義人) 氏名 _____ 印 _____<br>委任者(本人) _____ 印 _____ |                 |                           |       |
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合                                                         | 本店<br>支店<br>出張所 | 種 目                       | 口 座 号 |
|             | 金融機関コード                                                                    | 店舗コード           | 1 普通預金<br>2 当座預金<br>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<br>確認欄 | 備 考 |
|---------------|--------------|------------|-----|
| 1 一般          | 未納保険料        |            |     |
| 2 支払方法の<br>変更 | 有・無<br>滞納保険料 |            |     |
| 3 給付額減額       | 有・無          |            |     |

## 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<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                                       | 被保険者番号             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |  |        | 個人番号 |         |       |  |
|                                                                                                                                                                        | フリガナ               |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |  |        | 生年月日 |         | 年 月 日 |  |
|                                                                                                                                                                        | 氏名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |  |        | 電話番号 |         |       |  |
| 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                                                                                                                                                                  |                    | <div>※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。<br/>私は住宅改修を行うことを承諾いたします。</div> <div style="text-align: right;">住所 _____</div> <div style="text-align: right;">住宅の所有者 氏名 _____</div>                                                                                                         |                 |  |        |      |         |       |  |
| <div>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。</div> <div>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。</div> <div>(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。</div>            |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |  |        |      |         |       |  |
| 委 任 状                                                                                                                                                                  |                    | <div>※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。<br/>(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。</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: right;">住所 _____</div> <div style="text-align: right;">受 任 者 (口座名義人) 氏名 _____</div> <div style="text-align: right;">委任者(本人) _____</div> |                 |  |        |      |         |       |  |
| 口<br>座<br>振<br>替<br>欄                                                                                                                                                  | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 本店<br>支店<br>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                                                                                                                                                                  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |  |        |      |         |       |  |
| 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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所    | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との<br>関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人又は申請<br>代理人氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請代理人<br>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<br>任<br>状                     | 受 任 者<br>(口座名義人)      | 住所 |                   |  |                           |         |  |  |  |  |  |  |
|                                 |                       | 氏名 |                   |  |                           |         |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 委任者（本人）               |    |                   |  |                           |         |  |  |  |  |  |  |
|                                 |                       |    |                   |  |                           |         |  |  |  |  |  |  |
| 口<br>座<br>振<br>替<br>依<br>頼<br>欄 | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合 |    | 本 店<br>支 店<br>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<br>2 当座預金<br>3 その他 |         |  |  |  |  |  |  |
|                                 | フリガナ                  |    |                   |  |                           |         |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 口座名義人                 |    |                   |  |                           |         |  |  |  |  |  |  |

市記入欄

| 区分           | 世帯<br>コード | 給付制限<br>状 況 | 備 考 |
|--------------|-----------|-------------|-----|
| 1 単独<br>2 合算 |           | 有・無<br>給付割合 |     |

(999999)  
9999999999

別記様式第34号 削除

先に申請のありました高額介護（介護予防）サービス費について、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   |       | 様 |  | 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  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |   |  |        |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 振込予定日 |   |  |        |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

・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。

新温市中央区新光町4番地1

電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求め訴える場合は、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) その他裁決を遅延することにつき正当な理由があるとき。

新潟市介護保険（保険給付） 自己負担額証明書

[illegible]

(問い合わせ先)

電話番号

別記様式第 3 7 号 削除

別記様式第38号 削除

別記様式第 3 9 号 削除

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                                                                                                                                                       |  |        |  | 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   |  | 日から |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |  |
| 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<br>2 既制世帯主<br>3 世帯員 |  |                           |  |       |  |       |  | 年    |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  | 月   |  | 日から |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |  |
| 後期高齢者医療資格情報                                                                                                                                                |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  |                           |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 保険者番号                                                                                                                                                      |  |        |  | 被保険者番号  |  |                                  |  | 広域連合名称  |  |                 |  | 加入期間                      |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
|                                                                                                                                                            |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  | 年                         |  |                           |  |       |  |       |  | 月    |  | 日から                               |  | 年           |  | 月                                                                             |  | 日まで |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 介護保険資格情報                                                                                                                                                   |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  |                           |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 保険者番号                                                                                                                                                      |  |        |  | 被保険者番号  |  |                                  |  | 保険者名称   |  |                 |  | 加入期間                      |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
|                                                                                                                                                            |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  | 年                         |  |                           |  |       |  |       |  | 月    |  | 日から                               |  | 年           |  | 月                                                                             |  | 日まで |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 支給方法                                                                                                                                                       |  | 口座管理番号 |  | 振込口座記入欄 |  | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>労働金庫<br>農協 |  | 金融機関コード |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  | 店舗コード                     |  | 種目                        |  | 口座番号  |  | フリガナ  |  |      |  | 振込先口座管理番号                         |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 1 窓口払い<br>2 口座振込                                                                                                                                           |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  |                           |  | 1 普給預金<br>2 当座預金<br>9 その他 |  |       |  | 口座名義人 |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 備考欄                                                                                                                                                        |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  |                           |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 保険者加入歴                                                                                                                                                     |  | 1      |  | 保険者名称   |  |                                  |  | 加入期間    |  |                 |  | 添付の自己負担額証明書整理番号           |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
|                                                                                                                                                            |  | 2      |  |         |  |                                  |  | 年       |  |                 |  | 月                         |  | 日から                       |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
|                                                                                                                                                            |  | 3      |  |         |  |                                  |  | 年       |  |                 |  | 月                         |  | 日から                       |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| (宛先)新潟市扶                                                                                                                                                   |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  |                           |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| <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。<br><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。<br>※ 該当する□にレ印を記入してください。 |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  |                           |  | 年                         |  |       |  | 月     |  | 日    |  | 申請代表者<br>郵便番号<br>住所<br>氏名<br>電話番号 |  |             |  | 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。<br>受任者<br>郵便番号<br>住所<br>氏名<br>電話番号<br>委任者<br>氏名 |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |
| 枚中 枚目                                                                                                                                                      |  |        |  |         |  |                                  |  |         |  |                 |  |                           |  |                           |  |       |  |       |  |      |  |                                   |  |             |  |                                                                               |  |     |  |     |  |   |  |   |  |     |  |



新介第 年 月 日 号

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<br>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                                                                                       | 保険者番号                                                                                          |                    |
| 被保険者氏名                                                                                     | 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<br>2 ユニット型個室的多床室                                                                     | 3 従来型個室<br>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<br>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<br>3 その他（ ） |                    |
| <p>新潟市長 様</p> <p>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。</p> <p>住所 〒</p> <p>申請者</p> <p>氏名 電話番号</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<br>から |               |
| 有効期限        |               |
| 年 月 日<br>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    | 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）

| 介護保険特定負担限度額認定証<br>(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<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                      | 番 号                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                        |                  |
|                                                                                                                                                       | 住 所                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                        |                  |
|                                                                                                                                                       | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                        |                  |
|                                                                                                                                                       | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                                        |                  |
|                                                                                                                                                       | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                        |                  |
|                                                                                                                                                       | 通前年月日                                                                                                                                                                                                                                  | から                  |                                        |                  |
|                                                                                                                                                       | 有効期限                                                                                                                                                                                                                                   | まで                  |                                        |                  |
| <table border="1"> <tr> <td>居住費の特<br/>定負担限度<br/>額</td> <td>ユニット型個室<br/>ユニット型個室的多床室<br/>従来型個室<br/>多床室</td> <td>円<br/>円<br/>円<br/>円</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                        | 居住費の特<br>定負担限度<br>額 | ユニット型個室<br>ユニット型個室的多床室<br>従来型個室<br>多床室 | 円<br>円<br>円<br>円 |
| 居住費の特<br>定負担限度<br>額                                                                                                                                   | ユニット型個室<br>ユニット型個室的多床室<br>従来型個室<br>多床室                                                                                                                                                                                                 | 円<br>円<br>円<br>円    |                                        |                  |
| 保険者番号<br>並びに保険者<br>名 称 並 び に<br>所在地及び印<br><br>電話番号                                                                                                    | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div> |                     |                                        |                  |

1 この証によって指定介護福祉施設サービス又は地域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、市に予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拘禁刑の処分を受けます。

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<br>及び有効期限 | から<br>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。

介護保険給付支払方法変更（償還払い化）予告通知書

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。

[illegible]

并明書提出先  
新潟市役所 福祉部 介護保険課賦課収納係  
所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1  
電話番号 025-226-1269

并明書提出期限

- (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 | 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<br/>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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |        |        |        |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 35%;">被保険者番号</td><td style="width: 30%;">被保険者氏名</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        | 被保険者番号 | 被保険者氏名 |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 被保険者氏名  |        |        |        |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 【保険料滞納の状況】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |        |        |        |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="3">年度保険料</th><th colspan="3">年度保険料</th><th colspan="3">年度保険料</th></tr><tr><th>期 別</th><th>保険料額</th><th>うち滞納額</th><th>期 別</th><th>保険料額</th><th>うち滞納額</th><th>期 別</th><th>保険料額</th><th>うち滞納額</th></tr></thead><tbody><tr><td>第1期</td><td>円</td><td>円</td><td>第1期</td><td>円</td><td>円</td><td>第1期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第2期</td><td>円</td><td>円</td><td>第2期</td><td>円</td><td>円</td><td>第2期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第3期</td><td>円</td><td>円</td><td>第3期</td><td>円</td><td>円</td><td>第3期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第4期</td><td>円</td><td>円</td><td>第4期</td><td>円</td><td>円</td><td>第4期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第5期</td><td>円</td><td>円</td><td>第5期</td><td>円</td><td>円</td><td>第5期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第6期</td><td>円</td><td>円</td><td>第6期</td><td>円</td><td>円</td><td>第6期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第7期</td><td>円</td><td>円</td><td>第7期</td><td>円</td><td>円</td><td>第7期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第8期</td><td>円</td><td>円</td><td>第8期</td><td>円</td><td>円</td><td>第8期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第9期</td><td>円</td><td>円</td><td>第9期</td><td>円</td><td>円</td><td>第9期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>計</td><td>円</td><td>円</td><td>計</td><td>円</td><td>円</td><td>計</td><td>円</td><td>円</td></tr></tbody></table> |         |        | 年度保険料  |        |       | 年度保険料 |      |       | 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 |
| 年度保険料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |        | 年度保険料  |        |       | 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<br/>所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1<br/>電話番号 (025)228-1000(大代表)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |        |        |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <p>不服の申立<br/>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<br/>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> <ul 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></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |        |        |        |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

## 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<br>保<br>険<br>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 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<br>4 その他 |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |
|           |                                          |

市記入欄

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------|--|
| 様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 第      号の<br>年      月      日 | 新潟市長      印 |  |
| <b>介護保険給付支払方法変更(償還払い化)終了決定通知書</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |             |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |             |  |
| <p>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<br/>提出期限      年      月      日</p> <p>問い合わせ先      新潟市<br/>所在地      新潟市中央区学校町通1番町602番地1<br/>電話番号      (025)228-1000(大代表)</p> <p><b>不服の申立</b><br/>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><br/>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> <ul 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></ul> |                              |             |  |

| 様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 第 年 月 日 | 印      |       |      |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|--|--|-----|------|-------|-----|------|-------|-----|------|-------|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 新潟市長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |        |       |      |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 介護保険給付支払一時差止通知書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |       |      |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |        |       |      |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 【保険料滞納の状況】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |        |       |      |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="3">年度保険料</th><th colspan="3">年度保険料</th><th colspan="3">年度保険料</th></tr><tr><th>期 別</th><th>保険料額</th><th>うち滞納額</th><th>期 別</th><th>保険料額</th><th>うち滞納額</th><th>期 別</th><th>保険料額</th><th>うち滞納額</th></tr></thead><tbody><tr><td>第 1 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 1 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 1 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 2 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 2 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 2 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 3 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 3 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 3 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 4 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 4 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 4 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 5 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 5 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 5 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 6 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 6 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 6 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 7 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 7 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 7 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 8 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 8 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 8 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第 9 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 9 期</td><td>円</td><td>円</td><td>第 9 期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td></tr><tr><td>計</td><td>円</td><td>円</td><td>計</td><td>円</td><td>円</td><td>計</td><td>円</td><td>円</td></tr></tbody></table> |         |        | 年度保険料 |      |       | 年度保険料 |      |       | 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 |
| 年度保険料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |        | 年度保険料 |      |       | 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     |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ※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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |        |       |      |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 問い合わせ先 新潟市<br>所在地 新潟市中央区学校町通1番町602番地1<br>電話番号 (025)228-1000(大代表)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |        |       |      |       |       |      |       |       |  |  |     |      |       |     |      |       |     |      |       |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |       |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 不服の申立<br>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<br>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。<br>(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。<br>(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。<br>(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                   | 年     | 月 | 日 |
|                                                                                                                                                                                                                      |         | 号                   |       |   |   |
| 様                                                                                                                                                                                                                    |         | 新潟市長                |       |   | 印 |
| 介護保険滞納保険料控除通知書                                                                                                                                                                                                       |         |                     |       |   |   |
| 年 月 日付 第 号「介護保険給付支払一時差止通知書」において既に通知<br>していますが、未だに介護保険料が滞納となっています。                                                                                                                                                    |         |                     |       |   |   |
| 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<br>対し、一時差止の対象となっている保険給付から滞納保険料を控除する措置が定められています。                                                                                                                        |         |                     |       |   |   |
| したがって、介護保険法第67条第3項の規定に基づき、下記のとおりあなたの一時差止の対象となっ<br>ている保険給付から保険料を控除することに決定しましたので通知します。                                                                                                                                 |         |                     |       |   |   |
| なお、被保険者証の支払方法変更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<br>ください。                                                                                                                                                               |         |                     |       |   |   |
| 提出先                                                                                                                                                                                                                  |         | 新潟市                 |       |   |   |
| 提出期限                                                                                                                                                                                                                 |         | 年 月 日               |       |   |   |
| 被保険者番号                                                                                                                                                                                                               |         | 被保険者氏名              |       |   |   |
| 【一時差止の保険給付の内容(A)】                                                                                                                                                                                                    |         |                     |       |   |   |
| 利用月                                                                                                                                                                                                                  | サービスの種類 | 給付額                 |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 年 月                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 合 計                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 【控除保険料額(B)】                                                                                                                                                                                                          |         |                     |       |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 期別      | 保険料額                | 納期限   |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 年度                                                                                                                                                                                                                   | 第 期     | 円                   | 年 月 日 |   |   |
| 合 計                                                                                                                                                                                                                  |         | 円                   |       |   |   |
| 滞納保険料控除後の保険給付費支給額(A-B)                                                                                                                                                                                               |         | 円                   |       |   |   |
| ※なお、滞納保険料控除後の保険給付費支給額に記載がある場合は、指定金融機関等の通帳及び印鑑<br>を持参してください。                                                                                                                                                          |         |                     |       |   |   |
| 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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53号（第35条関係）

| 様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 第 年 月 日                              | 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。 |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 「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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 「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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 被保険者氏名                               |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 【医療保険料等の未納状況】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">年度医療保険料等</th> <th colspan="3">年度医療保険料等</th> <th colspan="3">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>うち未納医療保険料等額</th> <th>期 別</th> <th>医療保険料等額</th> <th>うち未納医療保険料等額</th> <th>期 別</th> <th>医療保険料等額</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>円</td><td>第1期</td><td>円</td><td>円</td><td>第1期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第2期</td><td>円</td><td>円</td><td>第2期</td><td>円</td><td>円</td><td>第2期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第3期</td><td>円</td><td>円</td><td>第3期</td><td>円</td><td>円</td><td>第3期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第4期</td><td>円</td><td>円</td><td>第4期</td><td>円</td><td>円</td><td>第4期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第5期</td><td>円</td><td>円</td><td>第5期</td><td>円</td><td>円</td><td>第5期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第6期</td><td>円</td><td>円</td><td>第6期</td><td>円</td><td>円</td><td>第6期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第7期</td><td>円</td><td>円</td><td>第7期</td><td>円</td><td>円</td><td>第7期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第8期</td><td>円</td><td>円</td><td>第8期</td><td>円</td><td>円</td><td>第8期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第9期</td><td>円</td><td>円</td><td>第9期</td><td>円</td><td>円</td><td>第9期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td><td>第10期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td><td>第11期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td><td>第12期</td><td>円</td><td>円</td></tr> <tr><td>計</td><td>円</td><td>円</td><td>計</td><td>円</td><td>円</td><td>計</td><td>円</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 | うち未納医療保険料等額 | 期 別 | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 | 期 別 | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 | 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 |
| 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                              | うち未納医療保険料等額 | 期 別      | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 | 期 別      | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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           |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ※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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 弁明書提出期限 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |             |          |         |             |          |         |             |          |  |  |     |         |             |     |         |             |     |         |             |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

別記様式第54号（第36条関係）

|      |         |     |
|------|---------|-----|
| 様    | 第 年 月 日 | 号 日 |
| 新潟市長 |         | 印   |

介護保険給付支払一時差止通知書(第2号被保険者)

年 月 日付 第 号「介護保険給付支払一時差止予告通知書」において既に通知していますが、未だ下記の医療保険料等が未納となっていますので、介護保険法第68条第1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)の措置及び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。

なお、被保険者証に保険給付差止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。

提出先 新潟市  
提出期限 年 月 日

また、未納医療保険料等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。

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

【医療保険料等の未納状況】

医療保険の加入期間 年 月 日から 年 月 日まで

| 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 | うち未納医療保険料等額 | 期 別      | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 | 期 別      | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 |
| 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           |

※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。

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。

## 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<br>保<br>険<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |  |  |

|           |                           |
|-----------|---------------------------|
| 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

|  |
|--|
|  |
|--|



|  |
|--|
|  |
|--|

第 号の  
年 月 日

新潟市長 印

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)

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

|  |
|--|
|  |
|--|

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。

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。

- (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) その他裁決を遅滞しないにつき正当な理由があるとき。

## 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<br>保<br>険<br>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 災害 2 重大な障がい又は長期入院 3 その他 |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |
|           |                           |

市記入欄

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

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

|  |
|--|
|  |
|--|

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。

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。