## 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, (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		
介護保険償還払支給(不支給)決定通知書	第16条及び第26条	第20号
介護保険利用者負担額減額・免除申請書	第21条	第21号
介護保険利用者負担額減額・免除申請書	第21条	第22号
介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書	第21条	第23号
介護保険利用者負担額減額・免除決定通知書	第21条	第24号
介護保険利用者負担額減額・免除認定証	第21条	第25号
介護保険利用者負担額減額・免除認定証	第21条	第26号
介護保険負担限度額認定申請書	第21条の2	第27号
同意書	第21条の2	第28号
介護保険負担限度額認定決定通知書	第21条の2	第29号
介護保険負担限度額認定証	第21条の2	第30号
介護保険(居宅介護・介護予防)福祉用具購入 費支給申請書	第24条	第31号
介護保険(居宅介護・介護予防)住宅改修費支 給申請書	第25条	第32号
介護保険高額(介護・介護予防)サービス費支 給申請書	第26条	第33号
高額(介護・介護予防)サービス費(年間上 限)支給(不支給)決定通知書	第26条	第35号
新潟市介護保険高額(介護・介護予防)サービス費(年間上限)自己負担額証明書	第26条,第26条の2及び第27条	第36号
高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額 証明書交付申請書	第27条	第40号
高額医療合算介護 (予防) サービス費支給決定 通知書	第27条	第41号
介護保険特定負担限度額認定申請書	第28条	第42号
介護保険特定負担限度額認定決定通知書	第28条	第43号
介護保険特定負担限度額認定証	第28条	第44号
介護保険減免認定取消通知書	第29条	第45号
介護保険給付支払方法変更(償還払い化)予告 通知書	第30条	第46号
介護保険給付支払方法変更(償還払い化)通知 書	第31条	第47号

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

### 附則

この様式は、令和2年11月24日から施行する。

### 附則

(施行期日)

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

### (経過措置)

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

### 附則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

### 附則

### (施行期日)

1 この要綱は、令和4年8月1日から施行する。

#### (経過措置)

2 この要綱の施行の際現に存する別記様式第3号,第30号,第33号及び第44号は,改正後の新潟市介護保険法施行細則の規定による様式を定める要綱により,申請,届出又は交付された

申請書、通知書その他の書類とみなす。

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

### 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。

		:) 新潟 とおり	市長 住所地特	寺例 (B			·*	<b>冬了</b> ) ( ) p	につ	いて 以下の	記され 基準	出ます によ	冬了)届た 。 り該当す →施設:	~るも					さい。
												届出	年月 日			- 1	年	Л	Ц
屆	出人	、氏名										本人	との関	浜					
届	出人	.住所	〒										電訊	香号	6				-
					, ×	<b>海出</b>	人力	が被化	*険4	4本人	の場	合は,	,届出人	の氏	名のみ	み記。	人して	こくだ	さい。
被	被	保険者	番号		1				i			個人	人番号						
保	フ	у :	ガナ																
険	氏		名								生.4	年月日	Ħ			ļ	午	月	日
者	),5:3									-	性	5.	311		男	10972	女		
111:							世	带主	との	続柄	個.	人番片	<del>.</del>						
帯	氏	名									生:	年月	]				年	月	П
主										Ę	性	Þ	31)		男	( (*)	女		
異動前	信:		〒 住所が帰	を設の	場合	壮,以	以下	も記	入し	てくた	ごさい	,°	वा म्	話番	号				
情	施	名	称																==
報	設	26.10	年月日			年		月	l-	3									
異動	22,000	住所	Ŧ										荷氏	話番	号				
後	*:	異動後	住所が抗	値設の	場合	は, 」	<b>以下</b>	も記	人し	てくた	ごさい	١,							
情	施	名	称																
報	設	入所	年月日			年		月	H	1									

### 別記様式第2号(第3条関係)

	介護	I/A	. PX	: T/	×	沐	PX	13	OIL
	被保険者 器 号		8		4	整理器	号		
被									
保	住所								10
険	フリガナ								
者	A A								
	生年月日	- WHE				ш	性	89	
交	付年月日								
æ	険者番号	[	1	5	1	0	0	1	
並	びに保険		湖市中9 数(0.2						0
者び	の名称及 印		新		澙	1	市	- Li	門別

要介護状態区分等		
	11	
認定年月日 (事業対象者の場合は、選 本チェックリスト実施日)		
認定の有効期間		E
	区分支給限	度基準額
居宅サービス等		
	サービスの種類	極類支給現度基準額
(うち種類支給 - 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		
類の指定		

								=)
		内	容		期	RE	28.	
				對於年月8	3			
給付制限制	# CII			最7年月8	3			
	= 335			果約年月8	3			
及び期間				第7年88	1			
				影響作用名	1			_
				数7年月日				
	_					100		
						-		
居宅介護支援部	漢者				48			
若しくは介護者								
援事業者及びそ								
業所の名称又は 包括支援センタ					SNB			
名称		- 22	TIE V					
Ser.			8.8					
					翻			
					16			
	磁期				X. X. X. X. X. X. X. X. X. X. X. X. X. X	準	月	E
	150				ax .			
	名称				NAME IN	华	月	E
介護保険施設等					G27.			
THE PROPERTY					18			
	强類				Y& ROTE	年	月	E
	名称			- 2	18 HALE	华	月	E

				(3	(m
	種類	J.E.	年	月	8
5.	名称	IF STATES	年	я	В
	種類	AS MARKE	年	Я	8
A.W.FEARINA	名称	and and the second	年	月	В
介護保険施設等	種類	AR SHARE	锥	Я	В
	-8称	政 <sup>100</sup>	年	Я	B
92	種類	ノ所 大権 大権	年	A	8
	28	M 8448	年	月	В

#### 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 護路定又は要支援器定を受けてください。

(五)

- 2 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、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 3 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設 の窓口に提出してください。
- 4 サービス・活動事象(第1号事業)のサービスを受けようとすると さは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
- 5 際定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、 認定の有効期限を経過する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。
- 6 局宅サービス、地域附着型サービス、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「原宅サービス等」というふ)については、居宅介護支援事業を含しくは介護予防支援事業を介入機サービス計画を付よ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の市に届け出た場合製カービス計画を作成し、市に届け出た場合に関って開始的行となります。これらの手続をしない場合は、市からの事後払い(信素払い)になります。
- 7 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。

8 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費 用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です。(限宅 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。)。

(tt)

- 9 サービス・活動事象(第1号事業)のサービスを受けるごきに支払う金額は、当結サービスに要した費用のうち市町村が定める額(事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額)です。
- 10 請定審査会の意見及びサービスの種類の指定幅に記載がある場合は、 記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある 場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 11 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市に返してく
- 12 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 13 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分 を受けます。
- 14 特別の事情がないのに保険料を深納した場合は、給付を市からの事後 払いとする掃塞(支払方法変更)、利用即支払額を3割(介護保険負託割 合証に配載の「利用者負担の割合」欄に配載された割合が3割である場合は4割)とする指置(6付額減期)等を受けることがあります。この約付額減期の相適を受けた場合は、系統介護(予防)サービス要び不無疑を含命介鑑(予修)サービス要びでは特別特定人所考介護(予防)サービス責が支配されなくなります。

-	介護	保険負担割合証
	8 9	
被	住所	
保		
族	フリガナ	
客	K 8	
	生年月日	
110	<b>ERRORS</b>	適用期間
	81	開始年月日 終了年月日
	81	開始年月日 第7年月日
報	競者番号 びに保険 の名称及 田	1 5 1 0 0 1 新潟市中央区学校和連1 個和602個地 1 職話 (025) 228-1000 (大代表) 新潟市

#### 注意事項

- 1 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、必ずこの庭を事業者又 は施設の窓口に提出してください。
- 2 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。)
- 3 被保険者の資格がなくなったとき又はこの証の適用 期間の終了年月日に至ったときには、直ちに、この証 を市に返してください。また、転出の届出をする際に は、この証を添えてください。
- 4 この証の表面の記載事項に変更があったときは、 14日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出 てください。
- 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
- 6 利用時支払額を3割(「利用者負担の割合」欄に記載された割合が3割である場合は4割)とする措置 (給付額減額)を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。

交 付\_\_\_

#### 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) 電話 住所 フリガナ 本人との関係 本 人·法定代理人 〇で囲んでく 任意代理人(同居家族 氏名 ・同居以外の家族・その他) ださい。 ※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 口1と同じ 新潟市 住所 □1と異なる場合 電話 個人番号 被保険者番号 フリカナ 性別 男・女 氏名 年 月 日生 3 交付又は再交付を求めるもの 新規交付 □ 被保険者証 ・ 資格者証 □ 被保険者証·資格者証 □ 紛失・ 焼失 □ 負担割合証 □ 破損・汚損 再交付 □ 負担限度額認定証 申請の理由 □ その他 □ 受給資格証明書 □ 社福軽減確認証 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 該当する項目の口にレ印をつけてください。 市記入欄 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・ 1 申請者の身分確認 その他( □1号 □2号(40歳以上65歳未満は、医療保険加入の確認が必要) 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・ 2 被保険者の身分確認 その他( □被保険者証交付済み □被保険者証のみ郵送 □認定申請同時 被保証の交付・再交付の場合の 窓口交付状況 口資格者証交付済 口資格者証交付済み,被保険者証は郵送 (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 )地域保健福祉センター 〉連絡所 / ( 受付者\_\_\_ (介護保険課処理欄) 課 長 補 佐 入 カ\_\_\_\_\_ 係長 担当

_	次のとおり	中語	しま	1.			個人番号							П
	介護保証 被保証者						中語年月	<b>=</b>						30
1	佐 保険者	18	Г					保	域者番号	T				
	保護行行		説					再						技術
	フリガ	+					生年月	8						112.0
	H.	81	300				性	81						
故	12	折	ज				***							
8				15.40.25		地話	曲号					_		
	WE 7 - 20		10.00	企画・青天 東野原定の 合める足夫	-6/3/0000	9.		- 1	25					
9	前回の数	外 製 車				n inth (d <b>e</b> gt	1.8 (	-						
85			4	・日根内に 独治体から したと表面 に対した表面	Mar. 83	出元自治体に [単述年を支持	2000年 - 第	HE TENEN	1 62640		COI)	_	N.	out
1	AWAIN	di di		入院 - 九	近端型名		28004723	CARLE F. V	eare:		,	111		
	介護保証 入院・人	施設。所の	41	折白地	V10004.11									
- 1	- 有無 (知期入	West.	ш	11111111111										
- 1		31112	2.1	介護保険	施設以外の	人院医療机	間的 - 入	K1835-9						
	18 ()	JIII &	無	介護保険 所在地	施設以外の	入院医療的	划名 - 入	所施設名	i;					
	Na CO	JMIZ	無		施設以外の	入院医療特	間名 - 入	所施設名		: 5				
141		JME	M		施設以外の	入院医療性	划3名。入	所施設者	本人と関係	(Ø)				
提	路() 請者联名 出代持者		(TT*	所在地		0人院医療# ************************************			本人と		MIR)			
提名	除() 請者氏名 出代行者 修		(TT*	所在地					本人と		METR)			
提名	路() 請者联名 出代持者	20.51	(TT*	所在地		(:H##d·3	北方國北人傳統)		本人と		METR)			
提名	除() 請者氏名 出代行者 修	pi.si		所任地		(:H##d·3	4.5河北人明七) 古香·特	<b>製造・川涛</b> を	本人。関係		Meta)			
提名中	路() 請者氏名 出代行者 核 請者任所	pi.si		所在地 	> 1 : 11 11 12 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13	(:H##d·3	4.5河北人明七) 古香·特		本人。関係		No TACO			
提名申	除() 請者氏名 出代行者 修	pos T		所在地	> 1 : 11 11 12 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13	(:H##d·3	4.5河北人明七) 古香·特	<b>製造・川涛</b> を	本人。関係		(METR)			
提名申	路() 請者氏名 出代行者 核 請者任所	pos T		所在地 	> 1 : 11 11 12 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13 14 13	(:   ### ( · ≥	4.5年8人4年) 古掛号 [5.8	<b>製造・川涛</b> を	本人。関係		Refix)			
提名中	路() 請者玩名 出代行者 請者任所 治 医	主が	in (	所在地 ************************************	> r = : # ± 12 M	(:   ### ( · ≥	北州市大学北 古掛社 (名)	<b>製造・川涛</b> を	本人。関係		Retico			
提名中	路() 請者玩名 出代行者 請者任所 治 医	主が	in (	所在地 ************************************	> r = : # ± 12 M	(214944·3) 混造	北州市大学北 古掛社 (名)	<b>製造・川涛</b> を	本人。関係		NBTR()			

		介護保険 サービスの	)種類指定	変更申請	書		
	宛先) 新潟市長 てのとおり申請しま	(す。	申	3請日	[ ]年[	月 [	目
フ	リ ガ ナ		生年月	B	年	月	日
	人又は申請代理 氏名(自署)		性	別	本人との関係		
申言	請代理人住所	Ē	電話番	号			
_					が被保険者本 のみ記入して		,本人
	被保険者番号			個人番	号		
被	フリガナ			生年月	E s	年 月	日
保	氏 名			性 5	30		
険	住所	₸	,	電話番号			
者	現に受けている 要介護認定・要 支援認定の内容	有効期間	から		まで	\$	
_							
うる種類いる	たに指定を受けよ とするサービスの 類又は現に受けて るサービスの種類 歳の消除を求める						
種類	類指定変更理由						

	主治医の氏名	医療機関名
主 治 医	所 在 地	電話番号
第2号被保険者(40章	<b>髪から 64 歳までの</b>	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 保険者番号
特定疾病名		alter and the
・上記の提出代行者 ・居宅サービス計画 支援認定にかかる調	の作成等介護保 変内容,介護認定	r帳及び受給者台帳を閲覧することに同意します。 食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・ 臣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ま ナービス事業者、介護予防サービス事業者、介護保険施設又は
<ul><li>・上記の提出代行者</li><li>・居宅サービス計画 支援認定にかかる調 事業者,介護予防支</li></ul>	の作成等介護保 査内容,介護認定 援事業者,居宅・ 祉施設の関係人,	後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・ E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す
・上記の提出代行者 ・居宅サービス計画 支援認定にかかる調 事業者,介護予防支 或密着型介護老人福 示することに同意し	の作成等介護保 査内容,介護認定 援事業者,居宅・ 祉施設の関係人,	後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・ 官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ま ナービス事業者、介護予防サービス事業者、介護保険施設又は 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
<ul><li>・上記の提出代行者</li><li>・居宅サービス計画 支援認定にかかる調 事業者,介護予防支 或密着型介護老人福</li></ul>	の作成等介護保 査内容,介護認定 援事業者,居宅・ 祉施設の関係人,	後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・ 官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ま ナービス事業者、介護予防サービス事業者、介護保険施設又は 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

心球八弟 (方 (弟 0 未)) (宋) (宋) (宋) (宋) (宋) (宋) (宋) (宋) (宋) (	資格者証(:	△ ■推 亿度	金斯学和	如保險	<b>李証)</b>		
	具件有证()	年					
		<del></del>	F	· 	<u>目</u>		
番号				整理	<b>隆番号</b>		
被 住 所							
保 フリガナ 険							
(大) 名 者							
生年月日			年	月	日	性別	
要介護状態区分等			一一一	年月1	<del></del>	年 月	1 日
安介設(A)窓位の守   認定の有効期間	年	月		. <del>~</del> /7 [	<del>]                                    </del>	<u>+ 7</u> 月	
WO XE 13 13/04 NO. 12 1	<del></del>			給限度			
居宅サービス等	年	月	日	~	年	月 引当たり	日
/ ラン 2年後十分4月日 赤 甘 (佐安)	<del>-</del>	ニビス	の種類			ョラにツ 給限度	基準額
(うち種類支給限度基準額	1)		- 1-24				
認定審査会の意見及で サービスの種類の指定	ř						
	年	月	日	~	年	月	日
給付制限種別及び期間	年	月	н .	.,	年	月	н
			目 ′				日
	年	月	日	~	年	月	甘
居宅介護支援事業者又は 介護予防支援事業者及び		月日	年	月	日		
その事業所の名称	届出年	月日	年	月	日		
介護保険施設種類・名称	年	月	日	~	年	月	目
及び入所期間	年	月	日	~	年	月	目
—————————————————————————————————————	<del>''</del> 交付						
保険者番-	号 : 15100 3称:新潟7	2头中节	【学校町) 8-1000			也1	
200.1	2 84	新		鴻		市	印
※注意事項については,別	紙をご覧く i			17.3		·	.,

### 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に提出してください。
- 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って現 物給付となります。これらの手続をしない場合は,市からの事後払い(償還払い)になります。
- 6 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 7 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、 別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です(居宅介護支援サー ビス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません)。
- 8 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。

-	のとおり申請の	取下げを申し出ます。		тып	令和	3394	74	Н
deal	フリガナ			生年月日				
中語	(代行)者氏名 (白署)			本人との関係				
中出	(代行)者住所	Ŧ		8	電評番号			
	被保険者番号			泰申出者が被保険者本	人の場合は、4	<b>本人の氏名の</b>	み記人して	ください
被	フリガナ							
保	15名		***************************************	生作月日				
險	101			05 307	-60			
者	住所	〒		電話番号	<del>]</del>			
取り	下げる申請の区	53		<b></b> 作清日				
理出								

新介第

年月 口

万.

# 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

L		険者番	7						
	フリ	ガナ		50 50 50	459 580				
	氏	Ħ				生年	月日	明・大・昭	年月 山
	16	名				件	別	男	· 女
			Ŧ			<u> </u>		. <del></del>	
	往	顶							

意見書作成料 種別 1.	8	在宅	2.	施設	1.	新規	2,	継続
--------------	---	----	----	----	----	----	----	----

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

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

- 注1 意見書作成料は、提出された月の末日に請求があったものとみなし、翌月の25日に支払います。
   2 在宅の継続申請者とは、前回申請時と同一の医療機関又は主治医が意見書を記入した申請者をいいます。
   3 施設の継続者とは、前回申請時と同一施設に入所している入所者に対して、医学的管理を行っている医師が意見書を記入した申請者をいいます。
   4 施設とは、介護保険施設だけではなく、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

													新介第	年	月
											新活	计长			
				<u>^</u>	>=# //	보『仝	邓茱	砂点	;令書	ŀ					
				71	设位	木四、	又	iii)叮	すっち	ſ					
を行う	年月にあたって、医師	日にあな 師の意見を	たが (求め	了った る必要	と申請に 更がある	こついて るので、	7、介 下記	護保険	法の規定	定に基っ してく#	き要介 ごさい。	護認定	7・裏支援	認定等	
被	保険者番号														
被	保険者氏名		10 00	- 7/	V. 1)	10 10									
	名称														
診断	石 怀	<u>.</u> :													
を 行う	担当医氏名														
診断を行う医療機関	所 在 地														
関	電話番号														
*診 あ	断を受ける口時 るいは期間														
*診	断を受ける場所														
															8
1 診	断を受けるときは 定をした日時に診	t、この書が 郷を受け	短を控 ること	≤原機 とがで	関に払 きない	示して 場合は	くださ	さい。 斯を受	ける医療	條機関及	び新潟	市の両	方に必ず	連絡して	
	ださい。 の診断を受けない	いときは、カ	介護保	<b>深険法</b>	第27	条第1 定:・要	3項、	. 同法 2定等	第323の中語が	を第9項 が加下さ	又は新われるこ	島市介とがあ	護保険法 ります	施行規則	
3 主 第	8条第2頃の規定	(により、)	あなた	三部合	The Mark	55:17	27	13211	1 100 3 14	1 -4 1 C	11 D St -	C 14 07	10.70		
3 2 第 移	の診断を受けない 8条第2項の規定 断した医師は、「	どにより、≀ 「介護保険	あなた 自治医	医意见	書」を	記入し	₹₹7		い合わせ		11 D	C (V 0)	75.76		

	新介第 号 年 月 日
	<b>近</b> :自士官
	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35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
	理山
	「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
	Entra Control of the
-	・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60日前から認定の更新の申請をすることができます。 ・サービスの種類の指定を受けた場合は、状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。 ・介護認定審査会の意見として、サービスの適切かつ有効な利用等に関しての留意事項がある場合には、被保険
	者証に記載してあります。 問い合わせ先
	不服の中立及び取消訴訟 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。
	<ul><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、処分の執行又は千続きの続行により生じる者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止当な理由があるとき。</li></ul>

				第	号	0
				年	月	
	様	親	高市長			
	介護保険 サ	ービスの種類指定変更決	定通知書			
		行ったサービスの種類指 おり変更したので通知し		こついて	,介護	保
被保険者番号		被保険者氏名				
変更前 サービス種類の	0指定					
リーヒ / 種類の	加度					
変更後 サービス種類の	)指定					

・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。

	新介第	年	Л	号日
新潟市長				
介護保険 要介護認定・要支援認定等却下通知書				
_				
年 月 日にあなたが行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等のに	µ請を却下!	ます。		
被保険者番号		224		
被保険者氏名				
却下理由				
問い合わせ先		703		
- 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 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。	以内に、			
住所 位話番号				
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、裁決の通知を受して6か月以内に、新潟事を被告として(訴訟において事を代表する者は市長となります。)この決定に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、審査証	こついての取	消しの証	ええ	
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真して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		11 2 C		
(3) その他最快を経ないことにつき正当な理中があるとき。				

			第	号	-0)
			年	月	日
	様	新潟市	市長		Ħ
介	護保険 サーヒ	"スの種類指定変更申請却	下通知書		
		たが行ったサービスの種類	頁指定変更申	請につ	いて
下記の理由により去	リトしたので連				
被保険者番号		被保険者氏名			
却下年月日					
却下年月日					
却下年月日					
却下年月日却下理由					

所在地

電話番号

#### 不服の申立

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月 以内に、新潟県介護保険審査会(新潟市中央区新光町4番地1、電話番号(025)285-5511) に対して審査請求をすることができます。

#### 処分取消しの訴え

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- (1) 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分, 処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊 急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

## 別記様式第15号(第12条関係)

	新介	·第 年	月	号□
	新潟市長			
	介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書			
 年 延期しますので	月 日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等を下、通知します。	記のとおり		
被保険者番号				
延期理由				
処理見込期間				
	問い合わせ先			

	新介第	年	11	号 日
		-	11	ш
新鴉市	長			
介護保険 要介護認定・要支援認定等取消通知書	<b>=</b>			
_				
年 月 日に行われた要介護認定・妻支援認定を介護認定審査会の審査に従い』	又り治します。			
被保険者番号				
\$1000 (100 (100 (100 (100 (100 (100 (100		_		
被保険者氏名				
取消理由				
		1		
・ 被保険者証を提出してください。 ただし、設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:				
提出場所:提出期限:				
問い合わせ先				
to accomplished the acc				
不服の申立及が取消訴訟 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カ 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。	<b>月以内に、</b>			
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 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	収消しの	海光	
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、署く、この決定の取消しの所名を提起することができます。	査請求の裁決を	と経るこ	とな	
<ul><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統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。</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>	るとき。			

		介護保険受給資格証叨書								
被	→ 号									
保										
険	生年月日	性 別								
硩	(2 所									
(転出先予定)										
	異動予定日									
	(中請中の) 者であることを証する。									
	□ 認定済	□申請□□申請□□申請□□申請□□申請□□□申請□□□申請□□□□□□□□□□								
要介	<b>下護状態</b> 区分	認定年月日								
æ	どの有効期間	ma en								
利用(住力	日者の負担割合 F移転前の負担割合)									
180 J	2審査会の意見等									
ÚĀ	<b>著</b>									

### 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。

		受化	<b>小番号</b>	
居宅(介護予防)サービ	ス計画作成・介護予防	方ケアマネジメン	卜依頼(変更	[) 届出書
被保險者氏名	被保険者番号	個人番号	生年月日	
		7. 32 - 222		
居宅サービス計画の作成について	事業者に依頼	後(小規模多機能型居宅 もしない(被保険者が作 そ(介護予防小規模多機 がに依頼する	成する)	
居宅(介護予防)サービス計画の作成を 介護予防ケアマネジメントの作成を地域	を事業者に依頼する場合又は	i,	ださい。	
事業者の事業所名	事業者の所在地	J Ŧ		
	指定事業者番別			
介護予防サービス計画又は介護予防ケラ 委託先の事業者を記入してください。			する場合に、	
事業者の事業所名	事業者の所在地	=		
	委託先指定事業者	<del>图</del>		
		舌番号 (	) .	
サービス開始年月日		事業者の変	更事由	
[ ] [ ] 年 [ ]	月日日			
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護の				
※ (介護予防)小規模多機能型居	完介護事業者に変更する場	合に、記入してください	, Y <sub>II</sub>	
■ 居宅サービスの利用有り 利	利用した居宅サービス			
居宅サービスの利用無し				
上記のとおり居宅(介護予防)サ 年 月 日 住所 彼保険者	ービス計画の作成又は介護-	予防ケアマネジメントを	r依頼することを	届け出します。
氏名		電話番号	(	)
代 理 人 ※届出者が被保険	(者から委任された代理人の	場合に記入して下さい。	+:	
委任年月日 (年月 住所	П)			
代理人 氏名		# T # D	7	
被保険者との関係		電話番号	(	)
Other Ent Prof Committee C				
居宅(介護予防)サービス計画の作成 居宅介護(介護予防)支援・介護予防ケ 認定・要支援認定に係る調査内容、介護 事業者に必要な範囲で提示することに同	アマネジメントの提供にあた 認定審査会による判定結果・	こり、被保険者の状況を	・把握する必要が	ある時は、要介護
	年 月	日 氏名		

介護	<b>菱保険</b>	居宅(介護・介護・介護・外の) 費・例(分費・特例施費・特例施入費・特別を	地域密养 護予防 居宅介 起設介護	着型(介 )サーt 護・介 隻サーt 人所者(	·護・介 ビス費, ·護予財 ビス費,	・護居・ ・ () サー ・ 介護・	防) サー 宅介護 ·ビス言 入所さ 予防) †	ビグ画グー	ス費, 年 入護予防 費, 施記 入護・介 ビス費,	持例地域 ) サービ と介護サ 護予防)	密着型 ス計画 ービス サービ	支給申請書	
(宛先)新語 下記のとお 域密着型(介 サービス計画 特定入所者( 支給を申請し	高り関係 護・介護 重費,特値 介護・介	例(居宅介護	ビス費 ・介護	, 特例 (予防)	介護子  地域空 サービ	・防) サ ぎ着型 ( ス計画	(介護 i費,加	要介設	,特例 護予防) 介護サー	サービ -ビス費	ス費, (居 , 特例施設	宅介護・介 设介護サー b	ス費,地 護予防) ごス費,
フリッ						生年	月日				年	月	日
本人又は申 人氏名	請代理				H			の	関係		-		
申請代理	人住所	Ŧ								電話	番号		
				※申請	者が被	女保険 都	皆本人	の場	島合は, 2	本人の氏	名のみ記	入してくだる	žI,°
被被保険	者番号						個	人	番号				
保フリ氏	ガ ナ 名					生 年	. 月	日		年	月	日	
険 <u></u> 住	所	Ŧ								電話	番号		
TH.													
支払金額	支払金額合計												
申請玩	申 請 理 由												
	申請書に記	該当月分の⑩ どさい。	頁収証2	及びサー	ービス	提供証	明書ス	又は	居宅介護	支援(分	<b>↑護予防支</b>	援)提供証明	月書も併
上記の給付		兄の口座に振						- /	Lo les .				
	,	、以外の口座 O給付費の受			,	/ //	_,	7 <	たさい。		tr:	п	
				住	:所						年	月	日
委 任 状	受 伯	E 者 名義人)											
	(HÆ	石 <b>莪</b> 八)		氏	名								
									禾仁老(	+1)			
		銀行			本	店	,	種目	<u>委任者(</u>	<u> </u>	口座	番号	
		信用金属信用組織				法 法 法 法 法 所	1 普;	涌預	i 金				
口放长井	金融	機関コード	п.	店舗	iコード		2 当月						
口座振替 依頼欄							3 そ	の他					
	フリ	ガナ									i i		
	口座名	3 義人											
市記入欄													
区 分 1一般	保険料	斗納付状況	領巾	又証	サー提供					備	考		
2 支払方法	1-	内保険料 有・無	確認	忍欄	書 確								
の変更 3 給付額減	滞納	内保険料											
3 和刊報的 額	*\	有・無											

	ありまし									決定で通			_		_			_
被保険者	氏名									被保険	皆番号	Ш		Ш		Ш		
受付年	月日								決定	年月日								
ーピス技	提供年月								本人	支払額								
給付の	種類																	
支	給								支	合額					F	9		
不支給の	理由																	
振込先	金融機 本支店 預全種 口座番	名目																
	口座名	義人											_	_	_	_	_	
対所在語番 こで 6 を提起す	立定音新号 定月 る決審 では、 立定音新号 定月 る決審 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、	がす 央ーし、で消えのある区 第5 水鶏まのしの場合のです。	合が町 5 5 新被 たをの又にする。 え日行行	は、ま地 1 をとし起日手になるの。	場(のこ起の	は訟しがし行に	前おいらまかり さるかり生	審市3)をじる	語彙に 代表す までの 選しい	係る裁決を る者は市!	と経た後に そとなりま こ該当する	こ、載 ます。 5 場合	決の選 ) この には、	新知を 決定 審査	受けた につい 请求の	日の!	翌日か 収消し	ら起

		介護保険利用者負担額	咸額・免除申請 -	書
			個人番号	
フリガナ			保険者番号	
被保険者氏名			被保険者番号	
生年月日				
住所	Ŧ		和記	舌番号
利用者負担額減免申請理由				
上記のとおり		市長 様  ⑥えて利用者負担額に係る減額・免除を申	請します。	
住所	₹		162	舌番号
申請者				
氏名				
除者記入欄	月日		倘若	
(険者記入欄 交付年	д п	(所得分布の状況等を記入)		
交付年				
交付年				
交付年				
交付年 年 適用年	月日月からから			
交付年 年 適用年 年	月日月からから			

		(特別養護老人ホームの旧措	額減額・免除申請書 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	<b>=</b>		電話番号						
入所年月日									
上記のとお	新潟 ī り特別養護老人	市長 様 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・免除を印	申請します。					
住所	₹		電話番	7					
申請者									
氏名			desi.						
除者記入欄									
交付年	月日		備考						
年 月 日		(所得分布の状況等を記入)							
年									
年 適用年	月日から								
	から								
適用年									

新健第年月日

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。

被依	采険者氏名		
被仍	采険者番号		
決	定年月日		
è	央定事項		
承認する	適用年月日有効期限	(承認内容) 給付率 /100	
承認しない	理由		

問い合わせ先

### ・不服の申立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟県介護 保険審査会に対して審査請求をすることができます。

所在地 新潟市中央区新光町4番地1 電話番号 025-285-5511

この決定の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

- (1) 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分、処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

新潟市長

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

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

	R 検者氏名			
19217	<b>采険者番号</b>			
	定年月日			
- 6	央 定 事 項			
承	適用年月日	(承認内容)		
承認する	有効期限	給付率	/100	
201	理由			
承認しない				

問い合わせ先

### ・不服の申立及び処分取消しの訴え

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟県介護 保険審査会に対して審査請求をすることができます。

所在地 新潟市中央区新光町 4 番地 1 電話番号 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。

介護保険利用者負担額減額・免除認定証         交付年月日       番号         被       住所         保       フリガナ         氏名       生年月日         適用年月日       から         有効期限       まで         減額・免除
番号 住所 保 フリガナ 氏名 生年月日 適用年月日 有効期限 まで 減額・免除
番号 住所 保 フリガナ 氏名 生年月日 適用年月日 有効期限 まで 減額・免除
被     住所       (保     フリガナ       氏名     生年月日       適用年月日     から       有効期限     まで       減額・免除
住所       マリガナ       氏名       生年月日     男・な 適用年月日       有効期限     まで       減額・免除
保     フリガナ       氏 名     男・女       書     連用年月日       有効期限     まで       減額・免除
フリガナ       氏名       生年月日     男・女 適用年月日       有効期限     まで       減額・免除
(株)     年年月日     男・女       (連用年月日)     から       有効期限     まで       減額・免除
者     適用年月日     から       有効期限     まで       減額・免除
有効期限まで減額・免除
減額・免除
A STATE OF THE PROPERTY OF THE
認定事項 給付率 /100
保険者番号
並びに保険
者の名称
所在地及び
fl 電話番号

	100 000	度保険利用者負担額減額・免 養護老人ホーム旧措置入所者に関す		)
	交付年月日			
Januar .	番号			
被	住 所			
保				
	フリガナ			
険	氏 名			
	生年月日			男・女
者	適用年月日		から	
	有効期限		まで	
	額・免除 忍定事項	給付率	/100	
保	険者番号			
並	びに保険	1		
者	の名称			
所	在地及び			
印	4	電話番号		

				介護保険負	担限度額	頂認定申	申請書		年	月	H
(	宛先)	新潟〒	f 長								
,				、食費・居住費(滞在費)	に係る負担	限度額認定	を申請します。				
	フリガナ						被保険者番号				
被传	<b>保険者氏名</b>						個人番号				
生	E年月日	-					`#* 6# A+				
白	E 所	₹					連絡先				
たが設め	所(院)し 介護保険施 の所在地及 呂称(※)	Ŧ									
	所(院) 月日(※)						入所(院)してい: 月している場合は、				
配作	禺者の有無		有	· 無		ヽて「無」 <i>の</i> 战不要です。	)場合は、以下の「	配偶者	皆に関する 🛚	耳」に	つい
	フリガナ										
配	氏 名						/⊞ [ 3€ □.	T			
偶者	生年月日	=					個人番号				
配偶者に関する事	住 所	₹					連絡先				
る事項	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					
	入等に関 る申告		③課年 ④課年 ⑤課年 ⑤課年 ⑤課年 8 町年8	保護受給者/②市町村民和 村民税世帯非課税者である収入額と【遺族年金。 ① 9万円以下です。(愛 婦年金、かん夫年金、母子年金 村民税世帯非課税者である 金収入額と【遺族年金》 1 1 2 1 村民税世帯非課税者である 金収入額と【遺族年金》 2 0 万円を超えます。	って、 ・障害年金】( ・	の収入額、 このして下さい 遺児年金を含。 の収入額、 す。	その他の合計所得 ハ。以下同じ。) みます。以下同じ。 その他の合計所得	金額の	合計額が		
稻	貯金等に		預貯金 (同1 以下で	、有価証券等の金額の合語 650万円)、④の方は さ	計が②の方は 5 5 0 万円(	1000万 同1550	円(夫婦は200 万円)、⑤の方は	0万円 500	l)、③の方 万円(同 1	は650 5007	0万円 5円)
関 ※通	する申告 <sup>帳等の写しは</sup>		※第2	ッ。 号被保険者(40歳以上) です。	6 4 歳以下)	の場合、③	~⑤の方は100	0 万円	(夫婦は2	0 0 0 7	万円)
391	添	預貯金	金額	円	有価証券 (評価概算額)		その (現金・ を含む	負債	( ※内容を記)	ししてくだ	)※ 円 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( 申請者氏名								載は不要	更です。		
	青者住所				連絡	先(自宅・持	携帯・勤務先)			体人との	の関係
Ť											- Is at INI
( )	2) 預貯3 を添付 3) 書き	金等につ してくだ 切れない	いては さい。 場合は	「配偶者」については、† 、同じ種類の預貯金等を 、余白に記入するか又は 正に特定入所者介護サー された額及び最大2倍の	複数保有して 引紙に記入の	いる場合は 上添付して	、そのすべてを記 ください。	入し、	通帳等の写		

# 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	í>				
氏名					
			(代筆の場合は	代筆者氏名も	ご記入下さい)
<配偶者	í>				
住所					
氏名					
<代筆者	í>				
氏名					
			(代筆の場合は	代筆老氏をよ	プロス下さい

(代聿の場合は代聿者氏名もこ記入下さい)

	新第年月日
	Officers de pro
	新潟市長
介記	隻保険負担限度額認定 決定通知書
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	
TAYWALE ENT	Ť
决定年月日	
決定事項	(承認內容) 負担限度額(日額)
適用年月日	食 (食事情) 美知恵培 (食動) 人種 田 円 円 円
養 有効期限	その他のサービス : 円 匠 住 費 (ユニット型 優楽) : 円
承認する 有効期限	(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
West La	(多 床 室) : 円
理由	
ない	
LY.	
	問い合わせ先
不服の中立及び処分取消しの訴え	
この状正に不服かめる場合には 保険審査会に対して審査請求をす	、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、新週県介護 ることができます。
所在地 電話番号	
	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。) 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
この決定についての取消しの訴え	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。
に該当する場合は、審査請求の裁	公立世帯による。 ニングだいが同じつかんとはた。 日本とお答してり本日と叙述しても 神池がからした。
に該当する場合は、審査請求の裁 (1) 審査請求をした日の型 (2) 処分、処分の執行又は	日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。 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。
に該当する場合は、審査請求の裁 (1) 審査請求をした日の型 (2) 処分、処分の執行又は	日から起草して3か月を経過しても放決がないとき。 手続きの統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。 とにつき正当な理由があるとき。

-	交付年月日	47 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 19 / 1	
	8 号		
板	住期		
保	7027		ess sean
陕	E 8		
	生年月日		
者	<b>適用年月日</b>	ימ	5
	有分割取		C
n et	の自己を表現	(介護予防)短期入所生活(激復)介護 その他のセービス	円円
310	住者父は 在 奏 の 担限監備	コニット型製宝 ユニット型製金的多注金 以来更否系(特別等) 従来型覆金(巻約・原施院等) 多式等	<b>用</b> 用 用 用
金さる。	映者数号 Fに発験者 な立 び に E地及び引	Windows:	開開展

- 1 ごの証によって指定介護福祉施設サービス、地域 密港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、短期人所療費 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 際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する 場合には、この証の表面に記載する負担院度額が支 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、核保 機者配とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の 窓口に提出してください。
- 3 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に 被当しなくなったとき又は負担限度額認定量の有効 期限に至ったときは、逐滞なく、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 この社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 どして拘禁刑の処分を受けます。

福祉用具が必要な理由

川記ᄸ	<b>永</b> 八弟31方(5	月24	1 余						
	介	護保	険 (居宅介護・介護・	予防)福祉	:用具購	人費支	(給申請書		
			書類を添えて(居宅介語	護・介護	予防)福	祉用』	年 月 具購入費の		
	リ ガ ナ :人又は申請			生年	月日		年	月	B
代	理人氏名			本人	との関	係			
申	請代理人住所	₹			電話番号	1.			
		<b>Ж</b> Е	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	被保険者番号			個	人番号				
保険	フリガナ 氏 名				生年月	日	年	月	日
者	住 所	₹			電話番	3号			
Accept	M 田 目 々 / 呑 口		(地) Vb ま W セ カ ロ マ						
	「祉用具名(種目 ∵び商品名)	名	製造事業者名及び 販売事業者名	購フ	金	額	購	入	日
						円	年	月	l F
						円	年	月	日日
						円	年	月	日

ま

- 注1 この申請書に領収証及び福祉用具のパン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。

						t, 必ず記入し 費の受領を下記	てください。 の者に委任します	
委	任	状	受任者(口座名義人				年 月 日	
<u></u>					委任者	(本人)	Fn	_
口依	座 振頼	替欄	銀行信用金属信用組合金融機関コート	合	本店 支店 出張所 iiコード	種 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口压证号	
市記	入欄							
Þ	5 5	}	保険料納付状況	領収証		備	考	
2 変	一般 支払方法 更 給付額減		未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無	確認欄				

# 別記様式第32号(第25条関係)

.,	包先) 新潟市長 記のとおり関係	系書類を添えて(居宅介護・介護予防)住宅改修	費の支給を	申請し	ます。				年	J.	I	日
	リ ガ ナ 人又は申請		- 生年月	Ħ				年		月		日
	理人氏名		本人	との関係								
1	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	の氏名	名のみ	記入	してく	ださい
	被保険者番号		個人	番号								
	フリガナ		生	年月日		年		月		日		
	氏 名	   <del> </del>	900	話番号								
	住 所	'	HE.	印形力								
	宅の所有者			本人との	の関係							
	the en electric total			業者	名							
	修の内容・箇 及 び 規 模			着工					年		月	
_	修費用		円	完 成	日				年		月	
		住宅の所有者  住宅の所有者  氏名  領収書及び完成後の状態が確認できる書類等を 住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、 戸			-	してくだ	さい。					
5	它介護・介護予	防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでくだ										
		※本人以外の口座に振り込む場合は、必ず (居宅介護・介護予防)住宅改修費の受領を						年		月		日
	任 状	<u>住所</u> 受 任 者 (口座名義人) <u>氏名</u>										
			委任者	(本人)				. , .				
		銀行本り信用金庫・支切		i I			П	座	番	号		_
			展所 1 普	通預金								
	座 振 替	正際(攻)リート 店舗コート		座預金 の他								
		フリガナ									i	

(あて先) 祭 下記のと		・介護予防)サービス費	の支給を申請しま	l分) す。						B	
被保険	者番号		個人#	<b>6号</b>	T						-
被 フリカ	グナ				1					-	_
保 氏 4	6			生年月日							
住用	f T			電話番号							_
フリガー 本人又は「 代理人氏	申請			・・ 本人との 関係							_
申請代理 住 所	人			電話番号							
		方については、高額(介			給ができ	ない場合	があり	ます			
间一既俗	で介護保険のサー 氏	ピスを利用されている方 名		月日			被任	呆険者	作番号	-	_
	1009		明・大・昭	年 月	H		T	Т		I	
			DBL D27	年 月		111	11	-			7
			明・大・昭		H	1 1	1 1	- 1			- 1
額(介護・		ジス費を下記の口座に振り 口座に振り込む場合は、4	明・大・昭込んでください。	年 月	Ħ						
額(介護・	療本人以外のI 高額(介護・ク		明・大・昭 込んでください。 公ず委任状を記入し	年月でください。	Ħ			q:	_		_
新額 (介護・ 委任状	※本人以外の1	口座に振り込む場合は、( 介護予防) サービス費の5	明・大・昭 込んでください。 公ず委任状を記入し	年月でください。	Ħ	-			_		_
	※本人以外の1 高額(介護・分 受任者	ロ座に振り込む場合は、( 介護予防) サービス費の5 住所	明・大・昭 込んでください。 公ず委任状を記入し	年月でください。	Ħ	-			_		_
	※本人以外の1 高額(介護・分 受任者	中座に振り込む場合は、( 介護予防) サービス費の5 住所 氏名 銀行・農協 信用金庫	明・大・昭 込んでください。 公ず委任状を記入し 受顔を下記の者に委	年 月 でください。 が任します。	П	· 目		年	Я		FI
委任状	※本人以外のI 高額(介護・分 受任者 (口座名義人)	口座に振り込む場合は、( 介護予防) サービス費の5 住所 氏名 銀行・農協	明・大・昭 込んでください。 公ず委任状を記入し 受顔を下記の者に委	年 月 てください。 注任します。 か 支出張所	H 1 1	等通預金		年	Я		FI
委任状	※本人以外のI 高額(介護・分 受任者 (口座名義人)	中産に振り込む場合は、( 介護予防) サービス費の5 住所 氏名 銀行・農協 信用金庫 信用組合	明・大・昭 込んでください。 公才委任状を記入し 受領を下記の者に委	年 月 てください。 注任します。 か 支出張所	1 2			年	Я		F
委任状口座振替	※本人以外の1 高額(介護・分 受 任 者 (口座名義人)	中産に振り込む場合は、( 介護予防) サービス費の5 住所 氏名 銀行・農協 信用金庫 信用組合	明・大・昭 込んでください。 公才委任状を記入し 受領を下記の者に委	年 月 てください。 注任します。 か 支出張所	H 1 1	等通預金 当座預金		年	Я		E
委任状 口座振替 依頼欄	※本人以外の1 高額(介護・分 受 任 者 (口座名義人)	中産に振り込む場合は、( 介護予防) サービス費の5 住所 氏名 銀行・農協 信用金庫 信用組合	明・大・昭 込んでください。 公才委任状を記入し 受領を下記の者に委	年 月 てください。 注任します。 か 支出張所	H 1 1	等通預金 当座預金		年	Я		FI
委任状 口座振特 依頼欄	※本人以外の1 高額(介護・分 受 任 者 (口座名義人) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	中産に振り込む場合は、4 介護予防)サービス費の5 住所 氏名 銀行・農協 信用金融合 機関コード	明・大・昭 込んでください。 公才委任状を記入し 受領を下記の者に委	年 月 てください。 注任します。 か 支出張所	H 1 1	等通預金 当座預金		年	Я		F
委任状 口座振替 依頼欄	※本人以外の1 高額(介護・分 受 任 者 (口座名義人)	口座に振り込む場合は、( 介護予防)サービス費の5 住所 氏名 銀行・農協 信用組合 依機関コード	明・大・昭 込んでください。 公才委任状を記入し 受領を下記の者に委	年 月 てください。 ※任します。 か 本 店店所 ード	1 a a a a a a a a a a a a a a a a a a a	等通預金 当座預金		年	Я		

高額介護 (介護予防) サービス費 支給 (不支給) 決定通知書       近中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。       被保険者長名     様 被保険者番号       受付年月日     株定年月日       一ビス提供年月     本人支払額     円       給付の種類     女給額     円       女 給 方 法     企融機関名       本支店名     担金種目			新潟市長
近年語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。   被保険者長名			
接保険者長名		高額介護	(介護予防) サービス費 支給 (不支給) 決定通知書
受付年月日     決定年月日       ナービス提供年月     本人支払額       支給     支給額       支給     支給額       不支給の理由     支給額       支給     方法       金融機関名     本支店名       加全種目     口座番号       口座名義人     振込予定日	に申請	のありました高額	ff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。
一ビス提供年月     本人支払額     円       総付の種類     支給額     円       不支給の理由     支給額     円       支給方法     金融機関名       本支店名     担金種目     口座番号       口座番号     口座名義人       板込予定日	被保険	者氏名	傑 被保険者番号
対			
支給     支給額     円       不支給の理由     支給額     円       支給 方法     企産機関名     本支店名       基立株     担金種目     口座番号       口座番号     口座名義人     板込予定日	Setuit A		本人支払額
大文給の理由       文 給 方 法       金融機関名       本支店名       預金種目       口座番号       口座名義人       板込予定日	8013.9	7 (SCAIL	
支 給 方 法	支	<b>A</b> ll	支給額 円
金融機関名   本支店名   担金種目   日産番号   日産名義人   板込予定日	不支給。	の理由	
金融機関名   本支店名   担金種目   日産番号   日産名義人   板込予定日	-		
本支店名  孤金種目  四座番号  口座番号  口座名義人  振込予定日	支		
振込先  口座番号  口座名義人  振込予定日			
振込先 口座各義人 振达予定日		Tapasa estili	
口座名義人 版达予定日	振込先		
板达予定日		ANY COLUMN	
		口胜名義人	
問い合わせ先		板达予定日	
	問い合	わせ先	
	このも	央定に不服がある	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
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、この適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 まあくられて来るませまとして、しなっちょう。	新潟市	中央区新光町4番	地1
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型日から起算して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	ini	決定の取消しを求	な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
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	SVITA	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
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。 新潟市中央区薪売町4番地1 電話番号 025-285-5511	13. (P)	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。

			新書	市長	
親	所凋市介護保険	(保険給付)	自己負担额	<b>〔証明書</b>	
下記のとおり証明いたし	<u></u> ‡ተ				
フリガナ					
氏 名 生年月日	1 10	:#I #	E明对象年度		
自己負担額証明。		AMOS	ini		- 4
保険者番号 対象となる計	- 英 38 III	被保険	者番号		-
計算期間において被保	<b>後者であった期間</b>		.721		- 8
サービス提供年月	自己負担額	うちて小龍〜〒4歳の8 自己負収額	ric#6	摘 要	
		0	- 4		
9		0			
9		i i			
ă ă					
3			- 8		
( <del>)</del>		ē			-
i i		ē			
3			3		
(所在地)					
(17)111.163					
【保險者連絡用】					
(問い合わせ先)					
電話番号					
(2000)					

甲腈	対象年度		年度	申請区分	1 新規	2 変	更	3 B(F))*			(保納	者等記入#	(i) 支給(	中語書整理番号					
						_													
フリガ	17						2.0	年		DAKE PROCE			<b>图人番号</b>						
氏	名					生年月	9.11	4-	月 日生	性別		計算期限	の始期及び	9終期	年	月から	年	Я	生で
								1	国民健康保険資格情	OHE .									
	保険者	番号	被保險	者証記号		被保	膜者	证置号	校特		保險者	名称				加入期間			
									1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯 員					年	Я	HM6	年	H	日まで
								該	期高齢者医療資格情	7 041									
	保険者	番号			被保険者都	B.				広域連合	名称					加入期間			
														年	H	日から	年	Л	日まで
		-							介護保険資格情報										
	保険者	番号			被保險者都	号				保険者名	称					加入期间			
														年	$\mathcal{H}$	日から	年	Л	日まで
支給方法	h n	座管理		銀 4		ga-k	1	-	別額コード	柳田		口座者	号	フリガナ	1				报込先口
窓口払口座級		参 版込口J 記 入 #		信用金属 信用組合 労働金属	T.			支	696	1 普通預金 2 当座預金 9 その他				口座名義人					管理番
		保険者	名称	JAX V	* 1	加入鄉區	8			1担額延明書	<b>於理番号</b>		-	-					
	1				9		月月	日から 日まで				11.							
<b>高機者</b>	2				4		Я	日から				- 1	特有機						
(1入)歴	_			-	4		月月	日まで	1			- 1							
	3				9	£	Я	日まで				10	- 1						

新介第 号日 年 月

#### 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	<del>談</del> 者氏名						被保険者	音番号	
計算	対象期間								
申	請年月日						決定年月日		
計算效 自己負担	対象期間中の 担額の合計額				円		支給額		円
給	付の種類								
	支 給								
不支	に給の理由								
- 0	備考								
				支糸	合 方	法			
	金融機関名								
	本支店名								
振込先	預金種目								
	口座番号	П	П						
	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

電の番号 025-265-5511
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。

# 介護保険特定負担限度額認定申請書 (特別養護者人ホームの要介護用措置入所者に関する認定申請)

	(特別強波を入かームの変別設同信は八所名	HICKLY SOCKHING
		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	Ŧ	電話番号
特別養護老人 ホームの所在 地及び名称	Ŧ	電話番号
入所する 居室の種別	I 31. 1 10 1 10 1 10 10 10 10 10 10 10 10 10	従来型個室 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 もの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のも 3 その他(	
0.000.000.000.000.000	潟市長様 の食費・居住費に係る特定負担限度額認定を申請します。	
住所	Ŧ	
申請者		
氏名	THE STATE OF THE S	話番号

# 市(町村)記入欄

交付年月日	備考
年 月 日 適用年月日 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
から 有効期限	
年月日まで	

0000000000

新介第 年 月 B

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。

被任	保険者氏名	
被任	保険者番号	
決	央定年月日	
ð	央 定 事 項	
承記する	適用年月日有効期限	(承認内容)特定負担限度額(日額)食費     円       食費     円       居より     ・ 円       (ユニット型個室的多床室):     円       (従来型個室)     円       (後来型個室)     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

- (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統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。

_	交好年月日		
	金 品		
被保	住所		
険	フリガナ		*******
省	生年月日		
	退用年月日	2	#5
	有効模職		まで
RA	DRIGHBUR		円
-	住費の特 負担限度	ユニット型個室 ユニット型価室的多床室 従来型個室 多床室	円円円
_	族者番号 5に保険者 5. 単 ぴ に		W20162

- 1 この証によって指定介護褶袖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 検者証とともに必ずこの証を特別養護老人ホームの 窓口に提出してください。
- 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、時定負担関東朝認定証の有 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、選帯なく、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、市に子の旨を届け 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。

C/CV/ C/M/M/C & 7 o		
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	から	
及び有効期限	まで	
内容		
mt balenen i		
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

- (1) 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分,処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第 号年 月 日

新潟市長

# 介護保険給付支払方法変更(償還払い化)予告通知書

にあなたは、要介護(更新)認定・要支援(更新)申請をしましたが、あなたの介護保険料は 別紙のとおり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、今後も保険料滞納の状態が続いた場合には、介護保険法第66条第1項・第2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。

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。

・問い合わせ先

・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、弁明をする事ができますので、下記の提出期限までに別紙弁明書を 提出してください。

并明書提出先 新獨市役所。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

弁明書提出期限

月

新潟市長

# 介護保険給付支払方法変更(償還払い化)通知書

付 新介第 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、未だ別紙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1項・第2項の規定に基 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を変更(償還払い化) づき、 の措置をとることに決定しましたので通知します。

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、すみやかに申し出てください。

7次体外有嵌立
---------

問い合わせ先

電話番号

- 不服の申立及び処分取消の訴え
  - 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、 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

- (2) 処分、処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第		号
年	Я	Đ

# 介護保険給付支払方法変更(償還払い化)通知書(保険料滞納状況)

被保険者番号 被保険者氏名
---------------

# 【保険料清納の状況】

年度	期別	保険料額	収納額	滞納額	備考
		2			
	-				

別、

\* \*\*

※上記は、

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下さい。

第 号 年 月 日 様 新潟市長 印

### 介護保険給付支払方法変更(償還払い化)通知書

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。

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。

提出先 新潟市

提出期限

年 月 日

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。

## 被保険者番号

#### 被保険者氏名

#### 【保険料滞納の状況】

_	PKBC4-11hm14-2-0/10c1										
年度保険料				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

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

- (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。

(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	D終了を申請	<b>与します。</b>		
フリガナ		生年月日	年	月	E
本人又は申請代 理人氏名		本人との	関係		
申請代理人住所	〒 電	話番号			
	※申請者が被保険者本人の場合は,	本人の氏名	のみ記入し	てくだ	さい
被保険者番号	個人番号				
フリガナ 保 氏 名		生年月日	年	月	E
) 住 所	電	話番号			
	4 その他				

	第	号(	D
	年	月	日
様	新潟市長		印

#### 介護保険給付支払方法変更(償還払い化)終了決定通知書

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

被保険者番号	被保険者氏名	
決定年月日	決定內容	
支払方法変更終了日		

# 決定理由

なお,支払方法変更(償還払い化)終了と決定された方は,被保険者証の支払方法変 更の記載を消除しますので,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

- (1) 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分, 処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊 急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

			第年	月	号日
	様	新潟市長			印

#### 介護保険給付支払一時差止通知書

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。

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。

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。

「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。

期日 年 月 日

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。

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		]

#### 【保険料滞納の状況】

		T THE ATT A SECOND											
		年度保	険	料			年度保	:険料				年度保	険料
期	别	保険料額	う	ち滞納額	期	別	保険料額	うち浴	帯納額	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	F.
第	2期	円		円	第	2期	円		円	第	2期	円	F.
第	3期	円		円	第	3期	円		円	第	3期	円	F.
第	4期	円		円	第	4期	円		円	第	4期	円	F.
第	5期	円		円	第	5期	円		円	第	5期	円	F.
第	6期	円		円	第	6期	円		円	第	6期	円	F.
第	7期	円		円	第	7期	円		円	第	7期	円	F.
第	8期	円		円	第	8期	円		円	第	8期	円	F.
第	9期	円		円	第	9期	円		円	第	9期	円	F.
第	10 期	円		円	第	10 期	円		円	第	10 期	円	F.
第	11期	円		円	第	11 期	円		円	第	11 期	円	F.
第	12期	円		円	第	12 期	円		円	第	12 期	円	F.
	計	円		円		計	円		円		計	円	F.
200	I dieta			t- F1		term medition of	Contract Miller A. L. ober	1	2- 2 Y	fr	1 I-L I	1 1-1-2 10	A 1-11 1-

※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

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

- (1) 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分,処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第 뭉 年 月 日 様 新潟市長 印

#### 介護保険滞納保険料控除通知書

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 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 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 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 ください。

提出先 新潟市

提出期限 月 H

被保険者番号 被保険者氏名

# . 時美山の伊陰公母の内容(A)1

【控除	ADD BOOK	toda Int	(n) 1
<b>村台 (44)</b>	米  007	R:⊁26目	(15)

日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日

円

【一時差止	:の保険給付の内容	(A) ]		【控除保	、険料額(B)	]
利用月	サービスの種類	給付額	年度	期別	保険料額	納期限
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
年 月		円	年度	第 期	円	年 月
	合 計	円		合 計	円	

滞納保険料控除後の保険給付費支給額(A-B)

※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 を持参してください。

問い合わせ先 新潟市

新潟市中央区学校町通1番町602番地1 所在地

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

- 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。
- その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

 第
 号

 年
 月

 様
 新潟市長

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】

_	医療傷	保険の加え	人期	間	E_	月	日から	年		月	日まで	
		年度医療	原保	険料等			年度医療	保険料等			年度医療	呆険料等
期	別	医療保障	)	ち未納医療	期	别	医療保険	うち未納医療	期	別	医療保険	うち未納医療
391	נימ	料等着	領傷	<b>R</b> 険料等額	391	カリ	料 等 額	保険料等額	391	נימ	料 等 額	保険料等額
第	1期	F	円	円	第	1期	円	円	第	1期	円	円
第	2期	F	円	円	第	2期	円	円	第	2期	円	円
第	3期	F	円	円	第	3期	円	円	第	3期	円	円
第	4期	F	円	円	第	4期	円	円	第	4 期	円	円
第	5期	F	円	円	第	5期	円	円	第	5期	円	円
第	6期	F	円	円	第	6期	円	円	第	6期	円	円
第	7期	F	<b>円</b>	円	第	7期	円	円	第	7期	円	円
第	8期	F	円	円	第	8期	円	円	第	8期	円	円
第	9期	F	円	円	第	9期	円	円	第	9期	円	円
第	10期	F	<b></b>	円	第	10期	円	円	第	10 期	円	円
第	11期	F	円	円	第	11期	円	円	第	11 期	円	円
第	12 期	F	9	円	第	12 期	円	円	第	12 期	円	円
	計	F	<b>ч</b>	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

무 第 年 月 Н 様 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 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

年 提出期限 月 В

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】

	E-SOK PI	CIDCLI (1 -)	I CAN TO COLD								
	医療傷	<b>保険の加入</b>	期間 4	E.	月	日から	年		月	日まで	
		年度医療	呆険料等			年度医療化	呆険料等			年度医療信	呆険料等
期	別	医療保険	うち未納医療	期	別	医療保険	うち未納医療	期	別	医療保険	うち未納医療
391	ניכל	料 等 額	保険料等額	391	נימ	料 等 額	保険料等額	391	נימ	料 等 額	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 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

新潟市中央区学校町通1番町602番地1 所在地

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

- (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。

(宛先)新潟市長 下記のとおり係	よ 政 は は は に の を は に の 終 了 を 申請 し に の 終 引 を の も に も に の も に る に る る る に る る る る る る る る る る る る る		F	月		日
フリガナ		生年月日		年	月	F
本人又は申請代		本人との	HH 1∕€			
理人氏名			) (河)			
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	己入し、	てくた	ごさい
被保険者番号	個人番号					
フリガナ		生年月日		年	月	В
保 氏 名		生平月日		4-	Л	-
険		話番号				
者 住 所						
申請の理由						
	I .					

		第	-5	- テの
		年	月	日
様	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

- (1) 審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分,処分の執行又は手続きの続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第 号 年 月 日

新潟市長

# 介護保険給付額減額通知書

にあなたは、(要介護(更新)認定・要支援(更新)認定・要介護状態区分の変更)申請を しましたが、あなたの介護保険料は別紙のとおり未納となっており、すでに保険料を徴収する権利が時効によって消滅 しているため、遡って納めていただくことができません。

保険料未納の方に対し、通常の保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第69条第 1項の規定に基づき、下記期間につき介護給付等((特例)居宅介護サービス計画費及び(特例)介護予防サービス計画費の支給、高額介護(予防)サービス費及び高額医療合算介護(予防)サービス費の支給並びに(特例)特定入所者介護(予防)サービス費の支給を除く。)の額の減額を行うこと並びに高額介護(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)サービス費の支給を行わないことを決定しましたので通知します。

なお、災害その他の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				
給付額減額等の措置を	行う期間		~				
給付額減額期間の算定	根拠						
給付額減額期間 (月)	保険料徴収権消滅期間 付額減額期間(月)=保険料徴収権消滅期間 ×			×	1	× 1	2
millionsown (717	NECOL L NO. INTERLIBITIONS		保險料徵収權消滅期間+保険料納付済期間	54	2		L .
			/年賦課額) + (未納・時効消滅額/年賦課 (納付額/年賦課額) +・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・				

#### ※保険料納付の状況は別紙を参照

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。

所在地 新潟市中央区新光町 4 番地 1

電話番号 025-285-5511

- (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。

(宛先)新潟市長	1. 数分数数の排取のた10分。由きしまし		月	日	
	付額減額等の措置の免除を申請します				_
フ リ ガ ナ 本人又は申請代		生年月日	年	月	-
理人氏名		本人との	関係		
申請代理人住所	〒 電	話番号			
	※申請者が被保険者本人の場合は,	本人の氏名	のみ記入し	てくだ	さい
被保険者番号	個人番号				
フリガナ		4.6.0.0	h		
保 氏 名		生年月日	年	月	E
険	〒 電	話番号	l		
者 住 所					
申請の理由					

	第年	号の 月	В
様	新潟市長	74	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	決定內容	
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

- (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。