

島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則

平成14年10月10日規則第3号

改正	平成15年3月24日規則第2号	平成15年7月29日規則第5号
	平成17年1月17日規則第1号	平成17年9月12日規則第7号
	平成18年2月15日規則第1号	平成18年12月5日規則第15号
	平成19年3月30日規則第4号	平成21年2月17日規則第1号
	平成19年3月30日規則第4号	平成21年2月17日規則第1号
	平成24年3月30日規則第5号	平成24年9月7日規則第10号
	平成27年5月12日規則第9号	平成27年12月12日規則第11号
	平成28年3月29日規則第13号	平成30年6月18日規則第12号
	令和元年6月17日規則第2号	令和2年5月19日規則第15号
	令和3年4月16日規則第4号	令和4年3月29日規則第4号
	令和4年5月16日規則第5号	令和5年3月15日規則第3号
	令和6年3月25日規則第1号	令和7年3月14日規則第1号
	令和7年5月19日規則第5号	

(趣旨)

第1条 この規則は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、島原地域広域市町村圏組合介護保険条例（平成12年島原地域広域市町村圏組合条例第3号。以下「条例」という。）等の施行について、別に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(住所地特例に係る届出)

第2条 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）第25条に規定する届書は、介護保険住所地特例適用・変更・終了届（様式第1号）とする。

(第2号被保険者に係る被保険者証の交付申請)

第3条 省令第26条第2項に規定する申請書は、介護保険被保険者証交付申請書（様式第2号）とする。

(資格者証)

第4条 島原地域広域市町村圏組合管理者（以下「管理者」という。）は、法第10条第1項第2号に規定する被保険者から法第36条の要介護認定若しくは要支援認定に係る事項を証明する書類の提出があったとき、法第13条第1項若しくは第2項の規定により被保険者とされる者から住所変更のため被保険者証の提出があったとき、又は法第27条第1項（法第28条第4項、法第29条第2項において準用する場合を含む。）若しくは法第32条第1項（法第33条第4項及び法第33条の2第2項において準用する場合を含む。）の申請を行った被保険者から被保険者証の提出があったときは、介護保険資格者証（様式第3号）

を当該被保険者に交付するものとする。

(被保険者証又は介護保険負担割合証の再交付申請)

第5条 省令第27条第1項又は第28条の2第4項に規定する申請書は、介護保険被保険者証等再交付申請書(様式第4号)とする。

2 省令第28条第1項の規定による被保険者証及び第28条の2第3項の規定による負担割合証の検認又は更新は、管理者が必要と認めるときに行うものとする。

3 第1項の規定は、前条の介護保険資格者証及び第12条の介護保険受給資格証明書の再交付申請について準用する。

(要介護認定、要支援認定等の申請)

第6条 省令第35条第1項、第40条第1項、第42条第1項、第49条第1項、第54条第1項又は第55条の2に規定する申請書は、介護保険要介護・要支援認定申請書[新規(転入)・更新・区分変更](様式第5号)とする。

(要介護認定、要支援認定等の申請の取下げ)

第6条の2 前条に規定する申請書の提出後、次に挙げる事由により当該申請を取り下げられる場合は、介護保険認定申請取下書(様式第5号の2)を管理者に提出するものとする。

(1) 被保険者が要介護認定等の申請をした後、転出又は死亡した場合で、介護サービスを利用していなかった場合。

(2) 被保険者が病状等の急変による入院等により、介護給付を受ける見込みがなく、本人が希望した場合。

(3) その他、被保険者の都合により当該申請の必要がなくなった場合。

(訪問調査の依頼)

第6条の3 法第28条第5項(法第28条第4項前段、第29条第2項、第30条第2項前段及び第32条第2項(法第33条第4項前段、第33条の2第2項前段及び第33条の3第2項前段において準用する場合を含む。))において準用する場合を含む。)の規定による委託に係る調査の依頼は、介護保険要介護認定訪問調査依頼書(様式第5号の3)により行うものとする。

(主治医意見書提出の依頼)

第6条の4 法第27条第3項本文(法第28条第4項前段、第29条第2項、第30条第2項前段、第31条第2項前段及び第32条第2項(法第33条第4項前段、第33条の2第2項前段及び第33条の3第2項前段において準用する場合を含む。))において準用する場合を含む。)の規定により主治の医師に対し意見を求める場合は、介護保険主治医意見書提出依頼書(様式第5号の4)により行うものとする。

(要介護認定、要支援認定等に係る診断命令)

第7条 法第27条第3項(法第28条第4項、第29条第2項、第30条の2第2項及び第32条第2項(法第33条第4項、第33条の2第2項及び第33条の3第2項において準用する場

合を含む。)において準用する場合を含む。)ただし書の規定による被保険者に対する診断命令は、介護保険診断命令書(様式第5号の5)により行うものとする。

(要介護認定、要支援認定等の結果通知)

第8条 法第27条第7項若しくは第9項(法第28条第4項、第29条第2項及び第30条第2項において準用する場合を含む。)又は法第32条第6項若しくは第8項(法第33条第4項、第33条の2第2項及び第33条の3第2項において準用する場合を含む。)又は法第35条第2項、第4項若しくは第6項の規定による通知は、介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書(様式第5号の6)により行うものとする。

(要介護認定、要支援認定等の却下通知)

第9条 法第27条第10項(法第28条第4項、第29条第2項、第30条第2項及び第32条第9項(法第33条第4項、第33条の2第2項及び第33条の3第2項において準用する場合を含む。)において準用する場合を含む。)の規定により被保険者の申請を却下するときは、介護保険要介護認定・要支援認定等却下通知書(様式第5号の7)により行うものとする。

(要介護認定、要支援認定等の延期通知)

第10条 法第27条第11項(法第28条第4項、第29条第2項、第30条第2項及び第32条第9項(法第33条第4項、法第33条の2第2項及び第33条の3第2項において準用する場合を含む。)において準用する場合を含む。)の規定により申請に対する処分を延期するときは、介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書(様式第5号の8)により行うものとする。

(要介護状態、要支援状態の区分変更の通知)

第11条 法第29条若しくは第30条の規定による要介護状態区分の変更の認定を行ったとき又は法第33条の2若しくは第33条の3の規定による要支援状態区分の変更の認定を行ったときの通知は、介護保険要介護・要支援状態区分変更通知書(様式第5号の9)により行うものとする。

(職権による要介護認定、要支援認定等の取消しの通知)

第11条の2 省令第47条第1項及び第56条第1項の規定による通知は、介護保険要介護認定・要支援認定取消通知書(様式第5号の10)により行うものとする。

(申請に基づく要介護認定、要支援認定等の取消しの通知)

第11条の3 第11条の規定による要介護認定、要支援認定等の結果通知を受けた被保険者が、その認定の取消しを求めるときは、介護保険[要介護・要支援]認定取消届(様式第5号の11)により行うものとする。

2 管理者は、前項の規定に基づき要介護及び要支援認定を取消すときは、介護保険要介護認定・要支援認定取消通知書(様式第5号の12)により行うものとする。

(介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請)

第11条の4 省令第59条第1項に規定する申請は、介護保険サービスの種類指定変更申請書（様式第5号の13）により行うものとする。

（介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の結果通知）

第11条の5 法第37条第5項の規定による通知は、介護保険サービスの種類指定結果通知書（様式第5号の14）により行うものとする。

（住所移転に係る要介護認定及び要支援認定）

第12条 法第36条に規定する書面は、介護保険受給資格証明書（様式第6号）とする。

（福祉用具購入費の支給申請）

第13条 省令第71条第1項又は第90条第1項に規定する申請書は、介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費支給申請書（様式第7号）とする。

（住宅改修費の支給申請）

第14条 省令第75条第1項又は第94条第1項に規定する申請書は、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（様式第8号）とする。

（高額介護サービス費等の基準収入額の適用の申請書等）

第15条 省令附則第33条及び第38条の申請書は、介護保険基準収入額適用申請書（様式第9号）によるものとする。

（高額介護（介護予防）サービス費の支給申請）

第15条の2 省令第83条の4第1項又は第97条の2の3第1項に規定する申請書は、介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書（様式第9号の2）とする。

（高額医療合算介護（介護予防）サービス費支給申請兼自己負担額証明書交付申請書）

第15条の3 省令第83条の4の4及び第97条の2の4に規定する申請書は、高額医療合算介護（介護予防）サービス費支給兼自己負担額証明書交付申請書（様式第9号の3）とする。

（負担限度額の申請）

第16条 省令第83条の6第1項に規定する申請書は、介護保険負担限度額認定申請書（様式第10号）とする。

（負担限度額差額の支給申請）

第17条 省令第83条の8第2項に規定する申請書は、介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書（様式第11号）とする。

（旧措置入所者に係る利用額及び特定負担限度額の減免申請）

第18条 介護保険法施行法（平成9年法律第124号）第13条第1項の旧措置入所者が、同条第6項に規定する割合の適用を受けようとするときは、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）（様式第12号）により管理者に対し申請しなければならない。

2 省令第172条の2において準用する省令第83条の6第1項に規定する申請書は、介護保

除特定負担限度額認定申請書（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請）（様式第13号）とする。

（特例居宅介護サービス費等の額）

第19条 法第42条第1項第1号及び第4号に規定する特例居宅介護サービス費及び法第54条第1項第1号及び第4号に規定する特例介護予防サービス費の額は、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）により算定した額の100分の90（法第49条の2又は法第59条の2の規定が適用される場合にあっては100分の80、法第69条第4項の規定が適用される場合にあっては100分の70。次条及び第21条において同じ。）とする。

第19条の2 法第42条の3第1項第1号及び第3号に規定する特例地域密着型介護サービス費及び法第54条の3第1項及び第3項に規定する特例地域密着型介護予防サービス費の額は、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）又は指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第128号）により算定した費用の額の100分の90に相当する額とする。

（特例居宅介護サービス計画費等の額）

第20条 法第47条第2項に規定する特例居宅介護サービス計画費及び法第59条第2項に規定する特例介護予防サービス計画費の額は、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第20号）により算定した額の100分の100とする。

（特例施設介護サービス費の額）

第21条 法第49条第2項に規定する特例施設介護サービス費の額は、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）により算定した額の100分の90に相当する額とする。

（サービス費等の額の特例）

第22条 法第50条及び第60条に規定するサービス費等の額の特例（以下「サービス費等の特例」という。）に係る割合は、次の各号に掲げる事由に応じ、当該各号に定める割合とするものとする。

- (1) 省令第83条第1項第1号及び第97条第1項第1号に掲げる災害により損害を受けた場合で、災害により要介護（要支援）被保険者又はその属する世帯の生計を主として維持する者の所有に係る財産について生じた損害の金額（保険金又は損害賠償金によって補てんされた金額を除く。）がその財産の100分の20以上100分の50未満であるとき  
100分の95
- (2) 前号に規定する損害の金額がその財産の100分の50以上であるとき  
100分の100
- (3) 省令第83条第1項第2号から第4号まで及び第97条第1項第2号から第4号までの

いずれかに該当する場合で、要介護（要支援）被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者の当該年中の所得の見積額が前年の所得に比して3割以上減少し、その世帯の当該年中の所得の見積額が、地方税法（昭和25年法律第226号）第314条の2第1項第2号に規定する金額に、世帯に属する者（世帯主を除く。）1人につき地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第56条の89第1項に規定する金額を加算した金額を超えないとき 100分の97

（特例適用申請等）

第23条 サービス費等の特例の適用を受けようとする者は、居宅介護サービス費等額特例適用申請書（様式第14号）を管理者に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる場合に依り、当該各号に定める書類を添付しなければならない。

(1) 前条第1号に該当する場合 官公署の発行する災害証明その他損害の内容、程度等を確認できるもの

(2) 前条第2号に該当する場合 給与証明書、年金収入証明書その他収入の種類及び当該年中の収入額等を確認できるもの

(3) その他管理者が必要と認める書類

3 管理者は、前2項の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、特例の適用を決定したときは、居宅介護サービス費等額特例適用決定通知書（様式第15号）及び居宅介護サービス費等額特例認定証（以下「認定証」という。）（様式第16号）を交付するものとする。

4 サービス費等の特例の適用の決定を受けた者（以下「特例適用者」という。）は、法第50条各号又は法第60条各号に掲げるものを受けようとするときは、サービスを提供する事業者に対し、認定証を提示しなければならない。

（特例適用理由消滅の届出）

第24条 特例適用者は、その特例適用の理由が消滅したときは、直ちにその旨を居宅介護サービス費等額特例適用理由消滅届出書（様式第17号）に認定証を添えて管理者に届出なければならない。

（特例適用の決定取消）

第25条 管理者は、特例適用者が次の各号に該当するときは、その適用を取り消すことができる。

(1) 偽りの申請、その他不正の行為によりサービス費等の特例の適用の決定を受けたとき。

(2) 資力の回復、その他の事情の変更によりサービス費等の特例を適用することが不相当であると認められるとき。

2 管理者は、前項の規定によりサービス費等の特例の適用の取消をしたときは、居宅介

護サービス費等額特例適用決定取消通知書（様式第18号）により通知するものとする。

（特例適用期間）

第26条 サービス費等の特例を適用する期間は、第23条に規定する申請書が提出された日の属する月から要介護認定有効期間又は要支援認定有効期間の末日までとする。

2 前項の規定にかかわらず、管理者が必要と認めるときは、第23条に規定する申請書が提出された日の属する月から12月を限度とし、サービス費等の特例を適用することができる。

（普通徴収に係る保険料額等の通知）

第27条 条例第7条第2項又は第9条に規定する通知は、介護保険料納入通知書（様式第19号）により行うものとする。

（特別徴収に係る保険料額等の通知）

第28条 法第136条第1項の規定により特別徴収対象被保険者に通知するときは、介護保険料納入通知書兼特別徴収（仮徴収）開始通知書（様式第20号）又は介護保険料特別徴収（仮徴収）開始通知書（様式第20号の2）により行うものとする。

2 省令第158条の2第1項の規定により特別徴収対象被保険者に通知するときは、介護保険料特別徴収（仮徴収）変更通知書（様式第20号の3）により行うものとする。

（被保険者の異動等による特別徴収の中止）

第29条 法第138条第1項の規定により特別徴収対象被保険者に通知するときは、介護保険料更正通知書兼特別徴収（仮徴収）中止通知書（様式第21号）により行うものとする。

（保険料の徴収猶予又は減免の申請）

第30条 条例第11条第2項又は第12条第2項に規定する申請書は、介護保険料徴収猶予・減免申請書（様式第22号）とする。

2 前項に規定する申請書には、次の各号に掲げる場合に依り、当該各号に定める書類を添付しなければならない。

(1) 条例第11条第1項第1号又は第12条第1項第1号に該当する場合 官公署の発行するり災証明書その他損害の内容、程度等を確認できるもの

(2) 条例第11条第1項第2号から第4号までの各号又は第12条第1項第2号から第4号までの各号に該当する場合 給与証明書、年金収入証明書その他収入の種類及び年間総収入額（見込額）を確認できるもの

(3) 条例第12条第1項第5号に該当する場合 収入申告書、資産申告書、同意書

(4) 前各号にかかわらず、その他管理者が必要と認める場合には、管理者が指定する書類等

（徴収猶予の適用額及び期間）

第31条 徴収猶予期間は徴収猶予申請日から条例第11条第1項の規定による期間内で、最終期限を徴収猶予申請日の属する年度の3月31日とする。

2 徴収猶予の対象となる保険料の額は、前項に該当する期間に属する納期が到来する保険料の額とする。

3 前2項の規定にかかわらず、管理者が特に必要と認めるときは、徴収猶予申請書が提出された日前に納期が到来している保険料についても徴収猶予できるものとする。

(保険料減免の基準等)

第32条 条例第12条の規定による保険料の減免は、次の各号に掲げる事由に応じ、当該各号に定める基準により行うものとする。

(1) 条例第12条第1項第1号に掲げる災害により損害を受けた場合 次の表の左欄に掲げる被保険者区分に応じ、同表の損害の区分に該当する割合

当該年度の被保険者区分 \ 損害の区分	財産について生じた損害の金額（保険金又は損害賠償金によって補てんされた金額を除く。）が、その財産の価額の100分の20以上100分の50未満	財産について生じた損害の金額（保険金又は損害賠償金によって補てんされた金額を除く。）が、その財産の価額の100分の50以上
条例第6条第2項に該当する者	10分の5	10分の10
条例第6条第3項に該当する者	10分の5	10分の10
条例第6条第4項に該当する者	10分の5	10分の10
条例第6条第1項第4号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第5号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第6号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第7号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第8号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第9号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第10号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第11号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第12号に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第13号に該当する者	10分の3	10分の5

(2) 条例第12条第1項第2号から第5号までに掲げる場合 次の表に掲げる被保険者区分に応じ、同表の収入の区分に該当する割合

収入の区分 当該年度の 被保険者区分	前年中の収入額に対する当 該年中の収入額又は収入の 見込額が4分の1以上2分 の1未満減少するとき。	前年中の収入額に対する当 該年中の収入額又は収入の 見込額が2分の1以上減少 するとき。
条例第6条第2項に該当 する者	10分の5	10分の10
条例第6条第3項に該当 する者	10分の5	10分の10
条例第6条第4項に該当 する者	10分の5	10分の10
条例第6条第1項第4号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第5号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第6号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第7号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第8号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第9号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第10号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第11号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第12号 に該当する者	10分の3	10分の5
条例第6条第1項第13号 に該当する者	10分の3	10分の5

(3) 前2号に掲げるもののほか、条例第6条第2項から第4項までのいずれかに該当する者に限り、次のいずれにも該当するときは、条例第6条第5号の額に4分の1を乗じて得た額とすることができる。

ア 保険料の賦課期日現在におけるその者の属する世帯のすべての世帯員の中に、当該保険料の賦課期日の属する年度分の市町村民税を課せられている者（以下「市町村民税課税者」という。）がないこと。

イ 世帯の収入が生活保護基準以下であること。

ウ 市町村民税課税者と生計を共にしていないこと。

エ 市町村民税課税者の扶養を受けていないこと。

オ 資産を活用してもなお生活が困窮していること。

カ 生活保護法の被保護者でないこと。

2 第1号被保険者が監獄、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されたときは、当該拘禁の期間に係る保険料を免除する。

(減免の適用額及び期間)

第33条 前条第1項第1号又は第2号の規定により減免の対象となる保険料は、当該年度の保険料のうち、減免申請書が提出された日以後に納期限が到来する保険料とし、当該保険料に同項第1号又は第2号に定める割合を乗じて得た額とする。

2 前条第1項第3号の規定により減免の対象となる保険料は、当該年度の保険料のうち、減免申請書が提出された日の属する月以後に係る保険料（当該年度の市町村民税の確定後に保険料の賦課決定を行った日（保険料の賦課更正を行った場合は、当該決定の日）の属する月の翌月15日までに申請を行った者にあつては、当該年度に係る保険料）とし、当該保険料に同号に定める割合を乗じて得た額とする。

3 前条第1項第1号に該当するときは、第1項の規定にかかわらず、当該事由の発生した月から12月を限度とし、保険料を減免できるものとする。

4 前3項の規定にかかわらず、管理者が特に必要と認めるときは、減免申請書が提出された日前に納期限が到来している保険料についても減免できるものとする。

(徴収猶予又は減免決定通知)

第34条 保険料の徴収猶予又は減免について決定したときは、介護保険料徴収猶予決定通知書（様式第23号）又は介護保険料減免決定通知書（様式第23号の2）により当該申請者へ速やかに通知しなければならない。

(徴収猶予又は減免事由消滅等の届出)

第35条 保険料の徴収猶予又は減免を受けた者は、その事由が消滅したときは、介護保険料徴収猶予・減免事由消滅届（様式第24号）を直ちに管理者に提出しなければならない。

(徴収猶予又は減免の取消)

第36条 管理者は、申請者が次の各号に該当するときは、徴収を猶予した保険料の全部又は一部についてその徴収の猶予を取消し、これを一時に徴収する。

- (1) 偽りの申請、その他不正の行為により保険料の徴収の猶予を受けたとき。
- (2) 資力の回復、その他の事情の変更により徴収を猶予することが不相当であると認められるとき。

2 管理者は、申請者が次の各号に該当するときは、直ちに当該保険料の減免を取消し、当該取消しの前日までの間に減免によりその納入を免れた額を一時に徴収する。

- (1) 偽りの申請、その他不正の行為により保険料の減免を受けたとき。
- (2) 資力の回復、その他の事情の変更により減免することが不相当であると認められるとき。

3 管理者は、前2項の規定により保険料の徴収猶予又は減免の取消しをしたときは、介護保険料徴収猶予取消通知書（様式第25号）又は介護保険料減免取消通知書（様式第25

号の2)により通知するものとする。

(保険給付の支払方法変更の通知)

第37条 省令第101条第2項の規定による通知は、介護保険給付支払方法変更(償還払化)通知書(様式第26号)により行うものとする。

(保険給付支払いの一時差止通知)

第38条 法第67条第1項又は第2項の規定により保険給付の支払いを一時差し止めるときは、介護保険給付支払一時差止通知書(様式第27号)により当該第1号被保険者に対し通知するものとする。

(一時差止に係る保険給付額からの滞納保険料額の控除通知)

第39条 省令第106条の規定による通知は、介護保険滞納保険料控除通知書(様式第28号)により行うものとする。

(保険給付支払いの差止通知)

第40条 省令第107条の規定による通知は、介護保険給付支払一時差止等処分通知書(様式第29号)により行うものとする。

(保険給付額減額等の通知)

第41条 法第69条第1項、第3項及び第4項の規定により給付額減額等をするときは、介護保険給付額減額等通知書(様式第30号)により通知するものとする。

(督促状)

第42条 普通徴収対象者の保険料未納者に対して、納期限過ぎ20日以内に督促状を発行することとする。

(雑則)

第43条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、管理者が別に定める。

附 則

(施行期日等)

1 この規則は、公布の日から施行し、平成14年4月1日から適用する。

(東日本大震災の被災者に係る保険料の減免の特例)

2 東日本大震災により条例第12条第1項第1号に規定する事由に該当することとなった場合に行う保険料の減免は、第32条第1項第1号の規定にかかわらず、東日本大震災により被災した被保険者の利用者負担等の減免措置に対する財政支援の延長等について(令和5年2月27日付け厚生労働省老健局介護保険計画課事務連絡)の基準に基づくものとする。

(新型コロナウイルス感染症の影響による保険料の減免の特例)

3 第32条第1項の規定にかかわらず、条例第12条第2項の申請書の提出があった場合において、納付義務者の属する世帯が次の各号のいずれかに該当するときは、納付すべき保険料(令和4年度分の保険料であって、令和4年度末に第1号被保険者の資格を取得

したこと等により令和5年4月1日以降に納期限が到来するものに限る。以下同じ。)について、当該各号に定める額を減免する。

- (1) 病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。)である感染症(以下「新型コロナウイルス感染症」という。)により、その属する世帯の生計を主として維持する者(以下「主たる生計維持者」という。)が死亡し、又は重篤な傷病を負った世帯 納付すべき保険料の全額
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入(以下「事業収入等」という。)の減少が見込まれる、次のいずれにも該当する世帯(次号に該当する世帯を除く。) 表1で得た対象保険料額に表2の前年の合計所得金額欄に掲げる区分に応じ、それぞれ表2の減免の割合欄に掲げる割合を乗じて得た額(1円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額)
  - ア 主たる生計維持者の事業収入等のうちいずれかの収入の減少額(保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を除く。以下同じ。)が前年の当該収入の額の100分の30以上である世帯
  - イ 減少することが見込まれる主たる生計維持者の事業収入等(収入の減少額が前年の当該収入の額の100分の30以上であるものに限る。)に係る所得以外の前年の合計所得金額が400万円以下である世帯

表1

対象保険料額 = $A \times B / C$
A : 当該第1号被保険者の保険料額
B : 当該第1号被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の減少することが見込まれる事業収入等に係る前年の所得額
C : 当該第1号被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の前年の合計所得金額

表2

前年の合計所得金額	減免の割合
210万円以下であるとき	全部
210万円を超えるとき	10分の8

- (3) 前号に該当する世帯で、事業等を廃止し、又は失業した世帯 納付すべき保険料の全額

附 則 (平成15年3月24日規則第2号)

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則 (平成15年7月29日規則第5号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成17年1月17日規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成17年9月12日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年2月15日規則第1号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年12月5日規則第15号）

この規則は、公布の日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附 則（平成19年3月30日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成21年2月17日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則（平成24年3月30日規則第5号）

（施行期日）

1 この規則は、平成24年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則の規定は、施行日以後の保険料の減免について適用し、施行日前の保険料の減免については、なお従前の例による。

附 則（平成24年9月7日規則第10号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則の規定は、平成24年度以降の年度分の介護保険料の減免について適用し、平成23年度分までの介護保険料の減免については、なお従前の例による。

附 則（平成27年5月12日規則第9号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則の規定は、平成27年度以降の年度分の介護保険料について適用し、平成26年度分以前の介護保険料については、なお従前の例による。

附 則（平成27年12月12日規則第11号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行し、平成28年1月1日から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則に定める様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成28年3月29日規則第13号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則に定める様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成30年6月18日規則第12号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成30年8月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則に定める様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（令和元年6月17日規則第2号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正後の島原地域広域市町村圏組合介護保険に関する規則の規定は、平成31年度以降の年度分の介護保険料の減免について適用し、平成30年度分以前の介護保険料の減免については、なお従前の例による。

附 則（令和2年5月19日規則第15号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年4月16日規則第4号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正後の附則第2項及び第3項の規定は、令和3年4月1日から適用する。

附 則（令和4年3月29日規則第4号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和4年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現にある改正前の様式（以下「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下「新様式」という。）により提出されたものとみなす。

- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和4年5月16日規則第5号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和4年6月1日から施行する。  
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現にある改正前の様式（以下「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下「新様式」という。）により提出されたものとみなす。
- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和5年3月15日規則第3号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和5年4月1日から施行する。  
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現にある改正前の様式（以下「旧様式」という。）により提出されている書類は、改正後の様式（以下「新様式」という。）により提出されたものとみなす。
- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和6年3月25日規則第1号）

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

附 則（令和7年3月14日規則第1号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。  
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現にある改正前の様式（以下「旧様式」という。）により提出されたものとみなす。
- 3 旧様式により作成した書類は、当分の間、所要の整備をして新様式により作成した書類として使用することができる。

附 則（令和7年5月19日規則第5号）

この規則は、令和7年6月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

介護保険住所地特例適用・変更・終了届

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり住所地特例(適用・変更・終了)について届出ます。

※ 上記(適用・変更・終了)より該当するものに丸をつける。

在宅→施設:適用      施設→施設:変更      施設→在宅:終了

		届出年月日	年 月 日
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号		

※ 届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																			個人番号																		
	フリガナ	-----																	生年月日	年 月 日																		
	氏 名																																					

世 帯 主	氏 名		世帯主との続柄	生年月日	年 月 日

異 動 前 情 報	従前の住所	〒 電話番号																		
	※ 異動前住所が施設の場合、以下も記入のこと																			
	施設	名 称																		退所年月日

異 動 後 情 報	現 住 所	〒 電話番号																		
	※ 異動後居住地が施設の場合、以下も記入のこと																			
	施設	名 称																		入所年月日

様式第2号（第3条関係）

介護保険被保険者証交付申請書

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

※ 2号被保険者の被保険者証交付申請書用

介護保険資格者証

有効期限											
被 保 険 者	番号										
	住所										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日										
交付年月日											
要介護状態区分等				認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)							
認定の有効期間											
居宅サービス等		区分支給限度基準額									
(うち種類支給限度基準額)		サービスの種類	種類支給限度基準額	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			開始年月日	終了年月日							
			開始年月日	終了年月日							
			開始年月日	終了年月日							
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称		届出年月日									
		届出年月日									
		届出年月日									
介護保険施設等		種類									
		名称									
		入所等年月日		退所等年月日							
		種類									
		名称									
		入所等年月日		退所等年月日							
保険者番号並びに保険者の名称及び印		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
所在地 電話番号	島原地域広域市町村圏組合			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">8</td> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">3</td> </tr> </table>		4	2	8	4	3	3
4	2	8	4	3	3						

裏面の注意事項を確認してください。

## 注意事項

1. 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ島原地域広域市町村圏組合介護保険課（以下「組合介護保険課」という。）又は市役所（支所）の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
2. 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
3. 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口提出してください。
4. 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
5. 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ組合介護保険課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、組合介護保険課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、組合介護保険課からの事後払い（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せん。）。
8. 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち組合介護保険課が定める割合又は組合介護保険課が定める額（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. 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を組合介護保険課又は市役所（支所）に返してください。
11. 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、組合介護保険課又は市役所（支所）にその旨を届け出てください。
12. この証の有効期限を経過したときは、使用することはできません。
13. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
14. 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を組合介護保険課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。

様式第4号（第5条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

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

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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

再交付する 証 明 書	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書	4. 負担限度額認定証 5. 負担割合証 6. その他 ( )
申請の理由	1. 紛失・焼失    2. 破損・汚損    3. その他 ( )	
身分を証明 する書類	1. 運転免許証    2. 医療保険証    3. その他 ( )	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

◆要介護認定等を受ける方について記入してください。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号										
	医療 保険	保 険 者 名	保 険 者 番 号										
		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号						枝 番			
	フリガナ		生 年 月 日					明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 年 月 日					
	氏 名		性 別					男 ・ 女					
	住 所		〒 携帯電話 電話番号										
	前回の要介護認定の結果等		※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2				
				有効期間 年 月 日 から 年 月 日									
			※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入	転出元自治体（市町村）名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） は い ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日									
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 有・無		介護保険施設の名称・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
介護保険施設の名称・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日								
介護保険施設の名称・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日								
介護保険施設の名称・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日								
変更申請の理由													

◆代行して提出される場合

提出 代行 者等	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・介護医療院]	
	代理の場合、本人との関係：	
	〒	電話番号：

◆要介護認定等を受ける方（本人）の主治医（かかりつけ医）について記入してください。

医 療 機 関 名		所 在 地	〒
主 治 医 の 氏 名			電話番号：
最 終 診 察 日	年 月 日		

◆第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の方は記入してください。

特定疾病名 *該当する番号に○をつけてください。	1. 筋萎縮性側索硬化症 2. 後縦靭帯骨化症 3. 骨折を伴う骨粗鬆 4. 多系統萎縮症 5. 初老期における認知症 6. 脊髄小脳変性症 7. 脊柱管狭窄症 8. 早老症 9. 糖尿病性（神経障害/腎症/網膜症） 10. 脳血管疾患 11. パーキンソン病関連疾患 12. 閉塞性動脈硬化症 13. 関節リュウマチ 14. 慢性閉塞性肺疾患 15. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 16. がん末期
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を島原地域広域市町村圏組合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師または認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。

署名

◆訪問調査先が被保険者欄の住所と異なる場合及び認定調査に立ち会われる場合、下記の欄も記入してください。

調 査 先	名 称				電話番号：
	所 在 地				携帯電話：
調 査 立 会 者 (有・無)	氏 名	本人との 関係			電話番号：
	※調査日程は調査立会者へ連絡します。立会者以外への連絡を希望の方はその他欄に記入して下さい。				携帯電話：
現在利用しているサービス等			その他（連絡可能な時間など）		

様式第5号の2（第6条の2関係）

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

住所  
氏名

介護保険認定申請取下書

年 月 日付で申請しました介護保険要介護・要支援認定〔新規・更新・区分変更〕申請について下記の者につき、申請を取り下げます。

記

1. 被保険者番号
2. 住 所
3. 氏 名
4. 生年月日
5. 取り下げ理由

--

--

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険 要介護認定訪問調査依頼書

要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します。

被 保 険 者	被保険者番号														生年月日	年 月 日
	フリガナ															
	氏 名													性 別		
	住 所															
	電話番号															

備 考	
-----	--

要介護認定（更新）申請日	年 月 日
要介護認定調査票提出期限	年 月 日 まで

- 1 要介護認定調査の結果は、所定の様式により必ず期限までに提出してください。
- 2 期限までに調査を完了しない見込みであるときは、本組合介護保険課まであらかじめ報告のうえ、指示を受けてください。
- 3 この調査を第三者に再委託することはできません。
- 4 調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
- 5 調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。
- 6 本組合が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。
- 7 上記のほか、本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本組合介護保険条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。  
※ 居宅介護支援事業者等には介護保険施設を含む。





島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書

年 月 日あなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請について、介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので、認定し通知します。

被保険者番号		被保険者氏名
--------	--	--------

認定結果		認定年月日	年 月 日
------	--	-------	-------

理由
介護認定審査会の意見・サービスの種類の指定

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

- ・認定の有効期間内であっても、状態の変化等により状態区分の変更をする場合があります。また、認定変更の申請をすることもできます。
- ・認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは、認定の有効期間の満了日の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する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。

問合せ先 島原地域広域市町村圏組合介護保険課

所在地  
電話番号

審査請求

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

問合せ先 長崎県介護保険審査会

住 所

電話番号

2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。

(1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。

(2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。





島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険 要介護・要支援状態区分変更通知書

あなたの要介護・要支援状態区分を下記のとおり変更します。

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

認定結果

今までの 要介護・要支援状態区分	これからの 要介護・要支援状態区分
---------------------	----------------------

変 更 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

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

- ・被保険者証を各市の介護保険担当窓口へ提出してください。  
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

問合せ先

島原地域広域市町村圏組合介護保険課  
所在地  
電話番号

審査請求

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に審査請求をすることができます。  
問合せ先 長崎県介護保険審査会  
住 所 電話番号
- この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。  
(1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。  
(2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。



介護保険（要介護・要支援）認定取消届

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

被 保 険 者	被保険者番号											届 出 日	年 月 日
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名											性別・年齢	男・女（ 歳）
	住 所	〒 電話番号：											
	取消を求める 認 定 内 容	要介護状態区分（1・2・3・4・5）					要支援状態区分（1・2）						
	有効期間： 年 月 日 から 年 月 日 まで												
サービス利用の有 無	有・無		(居宅介護支援事業所名)										

※ 現に受けている認定の取消を届け出た場合、認定の有効期間は取消の決定日までとなります。

提 出 代 行 者 等	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・介護医療院]
	代理の場合、本人との関係：  〒 電話番号：

注) 家族、代理人等が届出を行う場合においても、この欄に記載してください。

取消を要する理由	
----------	--

- 注)
- ・通常、下記「認定取消決定日の指定」欄への記載は必要ありません。ただし、介護サービス受給等の都合により、認定取消決定日の指定をしたい場合は、下記「認定取消決定日の指定」欄に記載し、事前に届出てください。
  - ・届を受理した日より前の認定取消決定日の指定はできません。
  - ・「認定取消決定日の指定」欄に記載がない、あるいは、届を受理した日より前の認定取消決定日が指定されている場合は、当組合が認定取消の日を決定します。

認定取消決定 日の指定	年 月 日	[認定取消決定日の指定] の理由
----------------	-------	------------------

特定高齢者を把握するために必要があるときは、「介護保険 [要介護・要支援] 認定取消届」により認定の取消をされた場合は、認定を取消されたことを島原地域広域市町村圏組合から地域包括支援センターに提示することに同意します。

署名

様式第5号の12（第11条の3関係）

--

島広介第 号  
年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険要介護認定・要支援認定等取消通知書

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・要支援認定の取消届に基づき下記のとおり取消します。

被保険者番号		被保険者氏名	
取消される認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		

問い合わせ先 島原地域広域市町村圏組合介護保険課  
所在地  
電話番号

様式第5号の13（第11条の4関係）

介護保険サービスの種類指定変更申請書

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医療 保 険	保 険 者 名												保 険 者 番 号											
		被保険者 記号・番号		記号										番 号						枝 番					
	フリガナ		-----										生 年 月 日		明・大・昭		年		月		日				
	氏 名																								
	住 所		〒																						
	現に受けている要介護・要支援		要介護状態区分：1・2・3・4・5										要支援状態区分：1・2												
		有効期間： 年 月 日から										年 月 日													
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削除を求める旨																									
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：											

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名																		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



## 介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> </tr> </table>																	
	フリガナ																		
	氏 名																		
	生 年 月 日	年 月 日																	
	住 所 ( 転 出 先 予 定 )																		
異 動 年 月 日	年 月 日																		
<p>上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定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> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10%;"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">島原地域広域市町村圏組合管理者</p>																			
認定済・申請中				申請年月日		年 月 日													
要介護状態区分				認定年月日		年 月 日													
認定の有効期間		年 月 日から				年 月 日まで有効													
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)		割 (      )																	
認定審査会の意見等																			
備 考																			

様式第7号（第13条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者 氏名	保険者番号																			
	被保険者番号																			
	個人番号																			

生年月日	明・大・昭 年 月 日生
------	--------------

住所	〒 - 電話番号 ( ) -
----	----------------

特定福祉用具名			購入金額	購入日	
種目	商品名	年		月	日
1			円	特定福祉用具事業者名 (登録番号)	
2			円		
3			円		
4			円		
申請額(購入金額合計)			円		

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

住所  
申請者 氏名  
電話番号  
続柄 ( )

居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 3.その他 ( )	
	ゆうちょ銀行 9900	記号	CD/再発行	番号(右詰め)
	口座名義人	フリガナ		

※ 振込先を、ゆうちょ銀行になさる方のみ、その口座を太枠内に記入してください。  
 ※ ゆうちょ銀行の通帳の、記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、CD/再発行欄は記入しないでください。

受付確認欄	備考

様式第8号（第14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

フリガナ 被保険者 氏名	保険者番号											
	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日											
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					
申請額	円											

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。  
年 月 日

住所  
申請者 電話番号  
氏名 続柄（ ）

※ 申請の際には次の関係書類を添付して下さい。

- ①介護保険住宅改修費工事許可書
- ②領収書
- ③住宅改修の前・後が確認(比較)できる写真

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。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	種 目	口座番号									
	金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 3.その他（ ）										
	ゆうちょ銀行 9900	記 号	CD/再発行	番号（右詰め）									
口座名義人	フリガナ												

※ 振込先を、ゆうちょ銀行になさる方のみ、その口座を太枠内に記入してください。

※ ゆうちょ銀行の通帳の、記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、CD/再発行欄は記入しないでください。

受付確認欄	備 考

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

①	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者名		個人番号																	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日																	
②	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者名		個人番号																	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日																	
③	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者名		個人番号																	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日																	
住 所		(〒 - )																		
住 所		電話番号 ( ) -																		

氏 名		①	②	③
年中の収入	公的年金	円	円	円
	給与 (パート収入等を含む)	円	円	円
	( ) (年金・給与以外の収入)	円	円	円
	合 計	円	円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	本人との関係
申請者住所 (〒 - )	電話番号(自宅・勤務先) ( ) -

[注意事項]

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

様式第9号の2（第15条の2関係）

介護保険高額介護（介護予防）サービス費等支給申請書  
年 月

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		明・大・昭	年	月	日			個人番号											
住 所		〒																	
		電話番号 ( )																	
		氏 名		生年月日		介護保険の被保険者の場合													
						被保険者番号													
						個人番号													
世帯構成	世帯主																		
	世帯員																		
<p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費及び高額介護サービス費相当事業（以下「高額介護（介護予防）サービス費等」という。）の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( ) 続柄 ( )</p>																			

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（介護予防）サービス費等が支給される場合、申請手続きは不要となります。  
また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。  
・ 給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費等の支給ができない場合があります。  
高額介護（介護予防）サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信用金庫		本店 支店 出張所		種 目		口座番号													
	金融機関コード		店舗コード		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 ( )															
	ゆうちょ銀行 9900		記 号		CD/再発行		番号(右詰め)													
	口座名義人		フリガナ																	

※ 振込先を、ゆうちょ銀行になさる方のみ、その口座を太枠内に記入してください。  
※ ゆうちょ銀行の通帳の、記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、CD/再発行欄は記入しないでください。  
市町村記入欄

区 分	本年1月1日の住所	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1. 単独 2. 合算	1. 異動なし、広域内異動 2. その他 ( )		有・無 給付割合	

様式第9号の3 (第15条の3関係)

高額医療合算介護 (介護予防) サービス費支給兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)			支給申請書整理番号			
フリガナ 氏名	生年月日		年 月 日 生			計算期間の始期及び終期			年 月 日 年 月 日			
国民健康保険資格情報												
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄			保険者名称			加入期間			
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員						年 月 日から 年 月 日まで			
後期高齢者医療資格情報												
保険者番号	被保険者番号		保険者 (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 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 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 2. 口座振込	1		ゆうちょ銀行	記号		CD/再発行	番号 (右詰め)				口座名義人	
保険者 加入歴	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号			備考欄			
	1	年 月 日から 年 月 日まで										
	2	年 月 日から 年 月 日まで										
	3	年 月 日から 年 月 日まで										
島原地域広域市町村圏組合管理者 様												
① 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。						郵便番号			住所			
② 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。						申請代表者						
※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。						氏名						
高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。						電話番号						

	枚中		枚目
--	----	--	----

## ご記入上の注意事項

### 1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合をさします。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。  
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入暦欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載して下さい。  
例） 口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
  - ① 国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者  
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
  - ② 健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者  
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
  - ③ 死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く。）  
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、御留意下さい。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載して下さい。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が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）となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

### 2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

## 保険者記入上の注意事項

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。

「GYY（申請対象年度和暦、令和の場合、Gは“5”）＋保険者番号8桁（先頭2桁を“00”とし、介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする）＋保険者が付する通し番号8桁」（計19桁）

なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日からの分

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

年 月 日

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

フリガナ				保険者番号										
被保険者名				被保険者番号										
				個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日										
住 所	〒 -													
	電話番号 ( ) -													
申請日時点での入所状況 (該当施設を丸で囲む)	①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③介護医療院 ④地域密着型介護老人福祉施設 ⑤短期入所生活（療養）介護													
※ 上記項目の①から④までの施設に該当する場合のみ、施設名称・所在地等を記入してください。 〒 -														
電話番号 ( ) -				入所年月日	年 月 日									

【配偶者に関する事項】

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。												
フリガナ														
氏 名														
生年月日	年	月	日	個人番号										
現住所	〒 -													
	電話番号 ( ) -													
本年1月1日現在の住所 現住所と異なる場合	〒 -													
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

【代行提出】（申請される被保険者に代わって提出される場合に記入してください。）

氏 名（事業所名称等）	本人との関係													
住 所 〒 -	連絡先（事業所・勤務先・携帯・自宅） 電話番号 ( ) -													

※ 本人の住所地以外へ送付を希望される場合は、介護保険送付先管理依頼（新規・変更・取消）届出書の提出が必要です。用紙は、各市・支所の窓口にあります。また、島原地域広域市町村圏組合のホームページからダウンロードすることもできます。

■ 保険者記入欄 ※この欄は記入しないでください。引き続き、裏面の項目を記入してください。

決定事項	備 考（確認事項等）													
該当 ・ 非該当	送付先管理依頼届出	有 ・ 無	年度市民税 本人： 課税 ・ 非課税											
段階	世帯員数	有 ・ 無	配偶者： 課税 ・ 非課税											
	配偶者	有 ・ 無	世 帯： 課税 ・ 非課税											
適用有効期間 年 月 日 から	老福年金	有 ・ 無	本人・配偶者・世帯員が非課税の場合 (本人)合計所得金額 _____円											
	生活保護 給付制限	有 ・ 無												
年 月 日 まで	資産要件（預貯金等）	該当・非該当	(本人)課税年金収入額 _____円											
			(本人)非課税年金収入額 _____円											

※ 裏面も必ず記入してください。

**【非課税年金に関する申告】**

[障害年金・遺族年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金] いずれかの年金収入について		<input type="checkbox"/> 収入がある <input type="checkbox"/> 収入はない	←該当する□にレを付けてください。
収入がある場合、受給している年金について記載してください	①	受給している年金の名称	年金保険者（該当保険者を○で囲んでください）
	②		

**【預貯金等に関する申告】**（“申請日時点”における状況）

預貯金、有価証券等の金額の合計を記入してください。  
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。

対象者	預貯金額	有価証券額（評価概算額）	その他（現金・負債含む）
被保険者	円	円	円 (内容：)
配偶者	円	円	円 (内容：)
合計金額	円	円	円

- 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを含めて記入してください。
- 対象者ごとに、合計金額を記入してください。
- その他（現金・負債含む）の欄には、内容も記入してください。
- 漏れが無いように申告してください。

**【収入等に関する申告】**

該当する□にレをつけて下さい↓	利用者負担段階	所得の状況	預貯金等の資産状況
<input type="checkbox"/>	1	生活保護受給者の方等 住民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者の方	単身：1000万円以下 夫婦：2000万円以下
<input type="checkbox"/>	2	住民税非課税世帯であって、前年の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1650万円以下
<input type="checkbox"/>	3-①	住民税非課税世帯であって、前年の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方	単身：550万円以下 夫婦：1550万円以下
<input type="checkbox"/>	3-②	住民税非課税世帯であって、前年の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が120万円超の方	単身：500万円以下 夫婦：1500万円以下

※ 注意事項

- (1) 虚偽の申告によりこの申請を行い、不正に特定入所者介護サービス費等の保険給付を受けた場合には、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。
- (2) 介護保険料の滞納により、給付額減額の措置が行われている方については、特定入所者介護サービス費の支給は行いません。

本申請に関して、下記の同意書も必ず記入してください。

<p><b>同 意 書</b></p> <p>島原地域広域市町村圏組合 管理者 様</p> <p>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、信託会社その他の機関に、私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>&lt;本人&gt; 住 所： 氏 名：</p> <p>&lt;配偶者&gt; 住 所： 氏 名：</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

様式第11号（第17条関係）

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号											
	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日生											
住 所	〒											
	電話番号 ( )											
支払った負担限度額等	支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで										
	支払った負担限度額	円										
入所(院)期間	年 月 日から 年 月 日まで											
食事・滞在費を支払った介護保険施設の所在地及び名称	〒											
	電話番号 ( )											
すでに負担限度額認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日	年 月 日										
	適用年月日	年 月 日										
負担限度額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由												
<p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食事・滞在費にかかる負担限度額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 電話番号 ( ) 氏名 続柄 ( )</p>												

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	種 目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 3.その他 ( )								
	ゆうちょ銀行 9900	記号	CD/再発行	番号(右詰め)							
口座名義人	フリガナ										

※ 振込先を、ゆうちょ銀行になさる方のみ、その口座を太枠内に記入してください。

※ ゆうちょ銀行の通帳の、記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、CD/再発行欄は記入しないでください。

保険者記入欄

領収証及び続柄確認欄	備 考

様式第12号（第18条関係）

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）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号																			
	被保険者番号																			
	個人番号																			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生																
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	年 月 日																			
島原地域広域市町村圏組合管理者 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・免除の申請をします。 年 月 日  住所 申請者 電話番号 ( ) 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)
決 定 事 項	年度市町村民税
該当・非該当	本人（課税・非課税） 世帯（課税・非課税）
段 階 区 分	本人・世帯非課税の場合
段 階	本人（合計所得金額 円） 本人（課税年金収入額 円）
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	老齢福祉年金の受給（有・無） 生活保護の有無（有・無）
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

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旧措置入所者に関する認定申請）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号									
	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
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	3 従来型個室								
	2 ユニット型個室的多床室	4 多床室								
入所（院）年月日（※）	年 月 日									
負担限度額申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当しないもの 3 その他（ ）									
島原地域広域市町村圏組合管理者 様  上記のとおり食費及び居住費に係る特定負担限度額認定の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号										

保険者記入欄

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）  年度市町村民税 本人（ 課税 ・ 非課税） 世帯（ 課税 ・ 非課税） 本人・世帯非課税の場合 本人（合計所得金額 円） 本人（課税年金収入額 円）  高齢福祉年金の受給（ 有 ・ 無 ） 生活保護の有無（ 有 ・ 無 ）
決定事項	
該 当・非該当	
段階区分	
段階	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日から	

・居宅介護サービス費等額特例適用申請書・

被 保 険 者	フリガナ			保 険 者 番 号															
	氏 名			被 保 険 者 番 号															
				個 人 番 号															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日														
住 所																			
	電話番号																		
生 計 維 持 者 ※	氏 名																		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日														
	住 所																		
	電話番号																		
<p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>上記のとおり、居宅介護サービス費等の額の特例の適用を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 (署名)</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																			

※ 生計維持者が被保険者本人の場合は記載不要

年 月 日

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

居宅介護サービス費等額特例適用決定通知書

先に申請があった居宅介護サービス費等の額の特例の運用については、次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																	
生 年 月 日	年	月	日																

決定年月日	年 月 日																	
決定事項																		
特例適用期間	年 月 日から									年 月 日まで								
給付割合	100分の																	

介護サービスを受けるときは、必ず事前に同封の居宅介護サービス費等の額の特例認定証を事業者または施設の窓口に提出してください。

・居宅介護サービス費等額特例認定証・

交付年月日 年 月 日

被 保 険 者	番 号						
	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日					
	特例適用期間	年 月 日から 年 月 日まで					
給 付 割 合	100分の						
保険者番号並びに 保険者名称及び印	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>4</td><td>2</td><td>8</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td> </tr> </table> 所在地 島原地域広域市町村圏組合管理者	4	2	8	4	3	3
4	2	8	4	3	3		

・居宅介護サービス費等額特例適用理由消滅届出書・

被 保 険 者	フリガナ			保 険 者 番 号															
	氏 名			被 保 険 者 番 号															
				個 人 番 号															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日														
住 所																			
	電話番号																		
生 計 維 持 者 ※	氏 名																		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日														
	住 所																		
	電話番号																		
消 滅 理 由	被保険者 生計維持者																		
<p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>上記のとおり、居宅介護サービス費等の額の特例の適用の理由が消滅しましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 (署名)</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																			

※ 生計維持者が被保険者本人の場合は記載不要

年 月 日

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

居宅介護サービス費等額特例適用決定取消通知書

先に決定した居宅介護サービス費等の額の特例の適用については、次のとおり取り消したので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名																		
生年月日	年	月	日																	

取消年月日	年	月	日																	
取消理由																				

様

島原地域広域市町村圏組合管理者  
介護保険料納入通知書

年度分の介護保険料額を介護保険法第 129 条並びに島原地域広域市町村圏組合条例に基づいて、次のとおり決定しましたので通知します。

年度（ 年度賦課分）

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

賦課の根拠

世帯	本人	基準判定所得	所得段階	

期別保険料

年間保険料		円	保険料		普通徴収の場合の納期限
仮徴収額		円	月	特別徴収	
差引保険料		円	4月		
			5月		
			6月		
			7月		
			8月		
			9月		
			10月		
			11月		
			12月		
			1月		
			2月		
			3月		
			計		
			合計		

これまでの保険料納付等

徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

これからの保険料納付等

徴収方法	普通徴収
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

保 険 料 算 定 の 基 礎

普通徴収の場合の振替口座

期 間	段階	月数	基準額	保険料額
			合 計	

金融機関名
口座名義人

問合せ

この通知書についての詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記に問い合わせ下さい。

島原地域広域市町村圏組合介護保険課 電話番号

審査請求

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

住 所 電話番号

2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。

- (1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険料納入通知書兼特別徴収（仮徴収）開始通知書

年度分の介護保険料額を介護保険法第 129 条並びに島原地域広域市町村圏組合条例に基づいて次のとおり決定し特別徴収しますので通知します。

なお、年度分の特別徴収仮徴収として 年 4 月、6 月、8 月の各月に下記の 2 月分の保険料と同額を徴収します。

年度（ 年度賦課分）

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

賦課の根拠

世帯	本人	基準判定所得	所得段階

期別保険料額

年間保険料額		円	保険料		普通徴収の場合の納期限
仮徴収額		円	月	特別徴収	
差引保険料額		円	4 月		
これまでの保険料納付等			5 月		
徴収方法			6 月		
特別徴収義務者			7 月		
特別徴収対象年金			8 月		
これからの保険料納付等			9 月		
徴収方法			10 月		
特別徴収義務者			11 月		
特別徴収対象年金			12 月		
			1 月		
			2 月		
			3 月		
			計		
			合計		

保険料算定の基礎

期 間	段階	月数	基準額	保険料額
			合 計	

普通徴収の場合の振替口座

金融機関名	
種 別	口座番号
口座名義人	

問合せ

この通知書に関しての詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記に問い合わせ下さい。

島原地域広域市町村圏組合介護保険課 電話番号

審査請求

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に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訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。  
(1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。  
(2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険料特別徴収（仮徴収）開始通知書

介護保険の 年度仮徴収額が次のとおり決定しましたので通知します。  
 なお、 年度 月分から、下記年金からの天引きとなります。

これからの保険料納付方法

徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

年度 介護保険料（仮徴収）

被保険者氏名	
被保険者番号	
月分保険料	
月分保険料	
月分保険料	

問合せ

この通知書についての詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記に問い合わせ下さい。

島原地域広域市町村圏組合介護保険課 電話番号

審査請求

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に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訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。
  - 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
  - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

年度 介護保険料特別徴収（仮徴収）変更通知書

介護保険料（仮徴収）額を次のとおり変更しましたので通知します。

通知書番号		世帯コード	
-------	--	-------	--

保険料（仮徴収）額は	円です。
------------	------

保険料（仮徴収）算出の基礎

項目	保険料（仮徴収）額	
変更前		
変更後		
	増減額	

徴収方法	
------	--

変更内容等

特別徴収（仮徴収）		
期 月	変更前	変更後
特別徴収 義務者		
特別徴収 対象年金		

問合せ

この通知書に関しての詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記に問い合わせ下さい。

島原地域広域市町村圏組合介護保険課 電話番号

審査請求

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に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訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。
  - 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
  - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険料更正通知書兼特別徴収（仮徴収）中止通知書

年度分の介護保険料の特別徴収（仮徴収）を中止しましたので通知します。

増（ ）・減（ ）

被保険者番号		更正理由	
被保険者氏名		更正年月日	

賦課の根拠

	世帯	本人	基準判定所得	所得段階	
更正前					
更正後					

期別保険料額

算出保険料		円	更正前保険料		更正後保険料		普通徴収の場合の納期限
減免額		円	特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	
年間保険料		円	4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月				
既通知済額		円					
差引保険料		円					
これまでの保険料納付等							
徴収方法							
特別徴収義務者							
特別徴収対象年金							
これからの保険料納付等							
徴収方法							
特別徴収義務者							
特別徴収対象年金							
計							
合計額							

金融機関名		種別	口座番号
口座名義人			

保険料算定の基礎

期 間	更正前				更正後			
	段階	月数	基準額	保険料額	段階	月数	基準額	保険料額
			算出保険料				算出保険料	

問合せ

この通知書についての詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記に問い合わせ下さい。  
島原地域広域市町村圏組合介護保険課 電話番号

審査請求

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に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訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。
  - 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
  - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。







様式第24号（第35条関係）

徴収猶予  
介護保険料 事由消滅届  
減免

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり 年度分介護保険料の徴収猶予・減免の事由が消滅しましたので届け出ます。

		届出年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ													
	氏 名											生年月日	年 月 日	
	住 所	電話番号												

フリガナ		被保険者との続柄	
主たる生計維持者の氏名		生年月日	年 月 日
徴収猶予・減免を受けた	保 険 料 額		
	納 付 期 限		
	特別徴収対象年金支払月		

消滅理由	
------	--





様
---

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険給付支払方法変更（償還払化）通知書

被保険者氏名	被保険者番号
--------	--------

年 月 日付けの、「介護保険給付支払方法変更（償還払化）予告通知書」において既に通知していますが、いま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 1 項・第 2 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を変更し、保険給付を償還払いとする旨を被保険者証に記載しますので通知します。

また、滞納保険料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、速やかに市役所・各支所介護保険担当課又は島原地域広域市町村圏組合介護保険課に申し出てください。

【保険料滞納の状況】

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			第 1 期			第 1 期		
第 2 期			第 2 期			第 2 期		
第 3 期			第 3 期			第 3 期		
第 4 期			第 4 期			第 4 期		
第 5 期			第 5 期			第 5 期		
第 6 期			第 6 期			第 6 期		
計			計			計		

※ 上記は 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

問い合わせ

この通知書に関しての詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記にお問い合わせ下さい。  
島原地域広域市町村圏組合介護保険課 電話番号

審査請求

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に審査請求をすることができます。  
住 所 電話番号
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
  - (2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

※ 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面に記載してあります。

特別事情該当事由（第 66 条）

1. 保険料を滞納している要介護被保険者等又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。
2. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。
3. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。
4. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。
5. 保険料を滞納している要介護被保険者等が被保護者であること（滞納に係る保険料の納期限において生活保護法の規定による生活扶助を受けていなかった場合に限る）
6. 保険料を滞納している要介護被保険者等が原爆一般疾病医療費の支給や下記の公費負担医療の給付を受けることとなった場合
  - ア) 予防接種法第12条第1項第1号又は第2項第1号の医療費の支給
  - イ) 身体障害者福祉法第19条の更生医療の給付又は更生医療に要する費用の支給
  - ウ) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
  - エ) 結核予防法第34条第1項又は第35条第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
  - オ) 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法第28条第1項第1号の医療費の支給
  - カ) 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給
  - キ) 健康保険法施行令第41条第6項、防衛庁の職員の給与等に関する法律施行令第17条の6第4項、船員保険法施行令第9条第6項、国民健康保険法施行令第29条の2第6項、国家公務員共済組合法施行令第11条の3の4第6項又は地方公務員等共済組合法施行令第23条の3の3第6項の規定による高額療養費の支給
  - ク) 老人保健法施行令第14条第5項の規定に基づき厚生労働大臣が定める疾病に係る老人保健法第17条第1項各号に掲げる給付であって、同令第4条第5項の規定に基づき市長の認定を受けている者に係るもの
  - ケ) ア) からク) に掲げる給付に準ずるものとして厚生労働大臣が定める給付

様

島原地域広域市町村圏組合管理者  
介護保険給付支払一時差止通知書

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

あなたは、年 月 日に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措置が定められています。

したがって、年 月 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 1 項・第 2 項の規定に基づき、保険給付の支払の一時差止を行うので通知します。

「保険給付支払一時差止め」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、償還払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めを行うものです。

なお、今回支払の一時差止めの対象となる介護サービス及び金額は、次のとおりです。

差止めの対象となる介護サービス：	
差止めの対象となる給付額：	円

この決定により、保険給付の支払の一時差止が行われた場合でも、災害その他特別な事情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速やかに被保険者証を添えて、市役所・各支所介護保険担当課又は島原地域広域市町村圏組合介護保険課に申し出てください。

【保険料滞納の状況】

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期 別	保険料額		期 別	保険料額		期 別	保険料額	
第 1 期			第 1 期			第 1 期		
第 2 期			第 2 期			第 2 期		
第 3 期			第 3 期			第 3 期		
第 4 期			第 4 期			第 4 期		
第 5 期			第 5 期			第 5 期		
第 6 期			第 6 期			第 6 期		
計			計			計		

※ 上記は 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、速やかに申し出てください。

問い合わせ

この通知書に関する詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記にお問い合わせ下さい。  
島原地域広域市町村圏組合介護保険課 電話番号

審査請求

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

住 所 電話番号

2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。

- (1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求ができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

※ 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面に記載してあります。



様

島原地域広域市町村圏組合管理者

介護保険給付一時差止等処分通知書

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

年 月 日付けで、「介護保険給付一時差止等予告通知書」を送付しましたが、いまだに別紙の医療保険料等(国民健康保険税)が滞納となっておりますので、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(償還払化)及び保険給付支払の一時差止」の措置をとることに決定いたしましたので通知します。

また、この通知により保険給付の支払方法変更(償還払化)及び保険給付支払の一時差止の措置がとられた場合でも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、該当する方は速やかに被保険者証を添えて 市役所介護保険担当課又は島原地域広域市町村圏組合介護保険課に申し出てください。

【医療保険料等の滞納状況】

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の額	期 別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額	期 別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

※ 上記は、年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、速やかに申し出てください。

問い合わせ

この通知書に関しての詳しいことは市役所・各支所の介護保険担当係又は下記にお問い合わせ下さい。  
島原地域広域市町村圏組合 介護保険課 電話番号

審査請求

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に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訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。  
(1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。  
(2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

※ 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面に記載してあります。

特別事情該当事由（第 68 条）

1. 保険料を滞納している要介護被保険者等又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。
2. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。
3. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。
4. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。
5. 保険料を滞納している被保険者が被保護者であること。

様
---

年 月 日  
島原地域広域市町村圏組合 管理者

介護保険給付額減額等通知書

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

あなたは、 年 月 日に要介護認定申請をされましたが、あなたの介護保険料は下記のとおり未納となっており、すでに消滅時効にかかっているため、さかのぼ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項の規定により介護保険被保険者証に給付額減額等の記載を行い、下記期間につき保険給付額の減額並びに高額介護サービス費及び高額居宅支援サービス費の支給を行わないこととしたので通知します。

なお、災害及びその他の特別の事情等がある場合には、給付額減額等が免除されますので、速やかに届け出てください。

・給付額減額の措置を行う期間		年 月 日 ~	年 月 日
----------------	--	---------	-------

年 度	時効消滅額	納付額	年賦課額

・給付額減額措置の算定根拠

徴収権消滅期間：(時効消滅額／年賦課額) + (時効消滅額／年賦課額) + . . . = 年

納付済期間：(納付額／年賦課額) + (納付額／年賦課額) + . . . . . = 年

給付額減額期間 = 徴収権消滅期間 ×  $\frac{\text{徴収権消滅期間}}{\text{徴収権消滅期間} + \text{納付済期間}} \times \frac{1}{2} \times 12\text{月} = \text{箇月}$

(1箇月未満切捨て)

問合せ

この通知書に関しての詳しいことは下記に問い合わせ下さい。

島原地域広域市町村圏組合 介護保険課 電話番号

審査請求

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、長崎県介護保険審査会に審査請求をすることができます。  
住 所 電話番号
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、島原地域広域市町村圏組合に対して提起することができます。  
(1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。  
(2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

※ 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面に記載してあります。

#### 特別事情該当事由（第69条）

1. 保険料を滞納している要介護被保険者等又はその属する世帯の生計を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたこと。
2. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期間入院したことにより、その者の収入が著しく減少したこと。
3. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少したこと。
4. 保険料を滞納している要介護被保険者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少したこと。
5. 保険料を滞納している要介護被保険者等が被保護者であること。
6. 保険料を滞納している要介護被保険者等が要保護者であつて、給付減額等の記載を受けないとしたならば保護を必要としない状態となるものであること