

**改正**

平成14年2月14日規則第2号

平成17年4月1日規則第12号

平成17年6月10日規則第19号

平成18年2月24日規則第3号

平成19年3月27日規則第10号

平成19年10月30日規則第14号

平成23年3月1日規則第2号

平成27年8月1日規則第19号

平成27年12月28日規則第25号

平成28年3月31日規則第14号

平成28年7月29日規則第28号の1

平成30年3月29日規則第9号の4

平成30年7月1日規則第13号

函南町介護保険条例施行規則

目次

第1章 総則（第1条）

第2章 被保険者（第2条―第11条）

第3章 認定（第12条―第20条）

第4章 介護給付及び予防給付（第21条―第30条）

第5章 保険料（第31条―第33条）

第6章 雑則（第34条）

附則

**第1章 総則**

（趣旨）

**第1条** この規則は、函南町介護保険条例（平成12年函南町条例第18号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

**第2章 被保険者**

(資格取得の届出等)

**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23条の規定により介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第9条第1号の第1号被保険者の資格取得の届出をしようとする者は、介護保険資格取得・変更・喪失届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

**第3条** 省令第24条第2項の規定により法第10条第4号に該当するに至った旨の届出をしようとする者は、介護保険資格取得・変更・喪失届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

**第4条** 省令第24条第3項の規定により65歳に達した旨の届出をしようとする者は、介護保険資格取得・変更・喪失届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(住所地特例対象施設に入所又は入所中の者に関する届出)

**第5条** 省令第25条第1項の規定により法第13条第1項本文又は第2項の規定の届出をしようとする者は、住所地特例対象施設入所・変更・退所届（様式第2号）を町長に提出しなければならない。

**第6条** 省令第25条第2項の規定により法第13条第1項本文又は第2項の規定の届出をしようとする者は、住所地特例対象施設入所・変更・退所届を町長に提出しなければならない。

(被保険者証の交付)

**第7条** 省令第26条第2項前段の規定により被保険者証の交付を受けようとする者は、介護保険被保険者証交付申請書（様式第3号）により、町長に申請しなければならない。

(氏名変更の届出)

**第8条** 省令第29条の規定により氏名変更の届出をしようとする者は、介護保険資格取得・変更・喪失届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(住所変更の届出)

**第9条** 省令第30条の規定により住所変更の届出をしようとする者は、介護保険資格取得・変更・喪失届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(世帯変更の届出)

**第10条** 省令第31条の規定により世帯変更の届出をしようとする者は、介護保険資格取得・変更・喪失届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(資格喪失の届出)

**第11条** 省令第32条の規定により資格喪失の届出をしようとする者は、介護保険資格取得・変更・喪失届（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

### 第3章 認定

(要介護認定の申請等)

**第12条** 法第27条第1項前段、法第28条第2項、法第32条第1項前段及び法第33条第2項の規定により要介護認定、要介護更新認定、要支援認定及び要支援更新認定を受けようとする被保険者は、介護保険要介護認定・要支援認定申請書（様式第4号）により町長に申請しなければならない。

(要介護状態区分の変更の認定の申請)

**第13条** 法第29条第1項及び法第33条の2第1項の規定により要介護状態区分の変更の認定及び要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書（様式第5号）により町長に申請しなければならない。

(介護給付等対象サービスの種類の指定の変更の申請)

**第14条** 法第37条第1項前段の規定による指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更を同条第2項の規定により受けようとする被保険者は、介護保険サービス種類指定変更申請書（様式第6号）により町長に申請しなければならない。

(診断命令)

**第15条** 法第27条第3項ただし書（法第28条第4項、法第29条第2項、法第30条第2項、法第31条第2項、法第32条第2項、法第33条第4項、法第33条の2第2項、法第33条の3第2項及び法第34条第2項において準用する場合を含む。）の規定による診断命令は、介護保険診断命令書（様式第7号）により行うものとする。

(認定の申請の却下)

**第16条** 町長は、第12条から第14条までの規定による申請を却下したときは、その旨を介護保険要介護認定・要支援認定申請却下通知書（様式第8号）により当該申請者に通知するものとする。

(要介護認定の通知等)

**第17条** 法第27条第7項前段（法第28条第4項において準用する場合を含む。）及び第9項（法第28条第4項及び法第29条第2項において準用する場合を含む。）並びに法第32条第6項前段（法第33条第4項において準用する場合を含む。）及び第8項（法第33条第4項において準用する場合を含む。）の規定による通知は、介護保険要介護認定・要支援認定申請結果通知書（様式第9号）により行うものとする。

(要介護状態区分の変更の通知)

**第18条** 法第29条第2項において準用する法第27条第7項前段及び法第30条第2項において準用す

る法第27条第7項前段並びに法第33条の2第2項において準用する法第32条6項前段及び法第33条の3第2項において準用する法第32条第6項前段の規定による通知は、介護保険要介護状態区分変更認定通知書（様式第10号）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通知）

**第19条** 法第37条第5項の規定による通知は、介護保険サービス種類指定変更申請結果通知書（様式第11号）により行うものとする。

（認定の取消し）

**第20条** 町長は、法第31条第1項前段及び法第34条第1項前段の規定により要介護認定及び要支援認定を取り消したときは、その旨を介護保険要介護認定・要支援認定取消通知書（様式第12号）により当該認定を取り消した被保険者に通知するものとする。

#### 第4章 介護給付及び予防給付

（居宅介護サービス費の支給の申請等）

**第21条** 法第41条第1項、法第42条第1項、法第42条の2第1項、法第42条の3第1項、法第46条第1項、法第47条第1項、法第48条第1項、法第49条第1項、法第53条第1項、法第54条第1項、法第54条の2第1項、法第54条の3第1項、法第58条第1項及び法第59条第1項の規定により居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、特例地域密着型介護サービス費、居宅介護サービス計画費、特例居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、介護予防サービス費、特例介護予防サービス費、地域密着型介護予防サービス費、特例地域密着型介護予防サービス費、介護予防サービス計画費及び特例介護予防サービス計画費の支給（以下この項において「サービス費支給」という。）を受けようとする要介護被保険者及び居宅要支援被保険者（法第41条第7項（法第53条第7項において準用する場合を含む。）、法第42条の2第7項、法第46条第5項（法第58条第7項において準用する場合を含む。）、法第48条第6項及び法第54条の2第7項の規定により居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、介護予防サービス費、地域密着型介護予防サービス費及び介護予防サービス計画費の支給があったものとみなされた要介護被保険者及び居宅要支援被保険者を除く。）は、各月ごとに、当該月において受けた居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援及び施設サービスに係るサービス費支給を介護保険居宅介護・介護予防給付申請書（様式第13号）により町長に申請しなければならない。

（居宅介護福祉用具購入費の支給の申請等）

**第22条** 法第44条第1項及び法第56条第1項の規定により居宅介護福祉用具購入費及び介護予防福

社用具購入費の支給を受けようとする居宅要介護被保険者及び居宅要支援被保険者は、介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費支給申請書（様式第14号）により町長に申請しなければならない。

（居宅介護住宅改修費の支給の申請等）

**第23条** 法第45条第1項及び法第57条第1項の規定により居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費の支給を受けようとする居宅要介護被保険者及び居宅要支援被保険者は、介護保険居宅介護・介護予防住宅改修費支給申請書（様式第15号）により町長に申請しなければならない。

（支給の可否の決定）

**第24条** 町長は、第21条から前条までの規定による申請があったときは、速やかに支給の可否を決定し、介護保険償還払支給・不支給決定通知書（様式第15号の2）により当該申請者に通知するものとする。

（居宅介護サービス費等の額の特例の認定）

**第25条** 法第50条及び法第60条の規定により居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、居宅支援サービス費、特例居宅支援サービス費、居宅支援福祉用具購入費及び居宅支援住宅改修費の額の特例の認定（次項において「特例認定」という。）を受けようとする要介護被保険者及び居宅要支援被保険者は、介護保険利用者負担額減免申請書（様式第16号）に減免の理由を証明する書類を添えて町長に申請しなければならない。

2 町長は、特例認定をしたときは、その旨を介護保険利用者負担額減免申請結果通知書（様式第17号）により前項に規定する申請者に通知するものとする。

3 法第50条及び法第60条に規定する特例で町が定めた割合は、次の各号のとおりとする。

(1) 災害により、生活に通常必要な資産又は事業所得を生ずべき事業の用に供する資産の被害による損失が著しかった者

軽減の割合又は免除		
損失の程度 ＼ 前年の合計所得金額	資産（土地を除く。以下本号において同じ。）の総価格の100分の50以上	資産の総価格の100分の30以上100分の50未満
500万円以下	免除	100分の95
500万円を超え	100分の95	100分の93

750万円以下		
750万円を超え 1,000万円以下	100分の92	100分の91

(2) 次の理由により利用者負担額の納付が困難と認められる者

- ア 傷病等により所得が著しく減少し、又は異常の出費を要したと認められる者
- イ 事業又は業務の休廃止、失業等により所得が著しく減少したと認められる者
- ウ 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物等の不作その他これに類する理由により所得が著しく減少したと認められる者

軽減の割合又は免除		
所得の減少の程度 ＼ 前年の合計所得金額	前年の合計所得金額の100分の50以上	前年の合計所得金額の100分の50未満
100万円以下	免除	100分の95
100万円を超え 200万円以下	100分の95	100分の93
200万円を超え 300万円以下	100分の93	100分の92
300万円を超え 400万円以下	100分の92	100分の91

(3) その他特別の理由があると認められるものについては、前各号に準じて減免する。

(高額介護サービス費の支給の申請等)

**第26条** 法第51条第1項及び法第61条第1項の規定により高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費の支給を受けようとする要介護被保険者及び居宅要支援被保険者は、各月ごとに、当該月において受けた居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援及び施設サービスに係る高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費の支給を介護保険高額介護・介護予防サービス費支給申請書（様式第18号）により町長に申請しなければならない。

2 町長は、介護保険高額介護・介護予防サービス費の支給又は不支給を決定したときは、速やかに高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書（様式第18号の2）により当該被保険者に通知するものとする。

3 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第22条の2の2第6項及び第29条の2の2第6項に規定する適用を受けようとするときは、介護保険基準収入額適用申請書（様式第18号の3）に係る書類を添えて、町長に申請しなければならない。

（高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給の申請等）

**第26条の2** 法第51条第2項及び法第61条第2項の支給を受けようとするときは、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第19号）に被保険者証を添えて、町長に申請するものとする。

2 町長は、当該被保険者に対し、介護保険の自己負担額を介護保険自己負担額証明書（様式第20号）により証明するものとする。

3 町長は、高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給または不支給を決定したときは、速やかに高額介護合算療養費等支給（不支給）決定通知書（様式第21号）により当該被保険者に通知するものとする。

（介護保険負担限度額認定の申請等）

**第27条** 法第51条の3第2項第1号及び第2号並びに法第61条の3第2項第1号及び第2号の認定を受けようとするときは、介護保険負担限度額認定申請書（様式第22号）に被保険者証を添えて、町長に申請するものとする。

2 町長は、食費・居住費に係る負担限度額の決定したときは、速やかに、介護保険負担限度額決定通知書（様式第23号）を交付するものとし、承認としたときは、介護保険負担限度額認定証（様式第24号）（以下「認定証」という。）を当該被保険者に交付するものとする。

3 前項の認定証の有効期限は、申請のあった日の属する年の翌年7月31日までとする。ただし、第1項の申請が1月から7月までに行われた場合は、申請のあった日の属する年の7月31日までとする。

（介護保険特定負担限度額認定の申請等）

**第28条** 介護保険法施行法（平成9年法律124号。以下「施行法」という。）第13条第5項第1号及び第2号の認定を受けようとするときは、介護保険特定負担限度額認定申請書（様式第25号）に被保険者証を添えて、町長に申請するものとする。

2 町長は、食費・居住費に係る特定負担限度額の決定したときは、速やかに、介護保険特定負担限度額決定通知書（様式第26号）を交付するものとし、承認としたときは、介護保険特定負担限度額認定証（様式第27号）を当該被保険者に交付するものとする。

3 前条第3項の規定は、前項に準用する。

(利用者負担額の減免の申請 (旧措置入所者) )

**第29条** 施行法第13条第3項の旧措置入所者が前条の減免を申請する様式は、介護保険利用者負担額減額・免除等申請書 (様式第28号) によるものとし、被保険者証を添えて、町長に申請するものとする。

2 町長は、利用者負担額の減免を決定したときは、速やかに、介護保険利用者負担額減額・免除等決定通知書 (様式第29号) を交付するものとし、承認としたときは、介護保険利用者負担額・免除等認定証 (様式第30号) を当該被保険者に交付するものとする。

3 第27条第3項の規定は、前項に準用する。

(利用者負担額の減免等の取消し)

**第30条** 町長は、偽りその他不正の行為により第27条から前条までの規定に基づく減免を受けた被保険者があることを発見したときは、直ちに、当該減免を取り消し、当該被保険者がその取消しの日の前日までに減免によりその支払を免れた額について、期限を付して、当該被保険者から返還させるものとする。

## 第5章 保険料

(保険料の賦課徴収に関する書類)

**第31条** 保険料の賦課及び徴収に関する書類は、介護保険料納入通知書・納付書 (様式第31号) 及び介護保険料決定 (更正) 通知書兼納入通知書・納付書 (様式第32号) によるものとする。

(保険料の減免)

**第32条** 条例第9条第1項各号に規定する保険料の減免は、次に定めるところによる。なお、保険料の減免を受けようとする者は、介護保険料減免申請書 (様式第33号) に減免の理由を証明する書類を添えて町長に申請しなければならない。

(1) 災害により、生活に通常必要な資産又は事業所得を生ずべき事業の用に供する資産の被害による損失が著しかった者

軽減の割合又は免除		
損失の程度 \ 前年の合計所得金額	資産 (土地を除く。以下本号において同じ。) の総価格の100分の50以上	資産の総価格の100分の30以上 100分の50未満
500万円以下	免除	100分の50
500万円を超え	100分の50	100分の25

750万円以下		
750万円を超え 1,000万円以下	100分の25	100分の10

(2) 次の理由により保険料の納付が困難と認められる者

- ア 傷病等により所得が著しく減少し、又は異常の出費を要したと認められる者
- イ 事業又は業務の休廃止、失業等により所得が著しく減少したと認められる者
- ウ 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物等の不作その他これに類する理由により所得が著しく減少したと認められる者

軽減の割合又は免除		
所得の減少の程度 ＼ 前年の合計所得金額	前年の合計所得金額の100分の50以上	前年の合計所得金額の100分の50未満
100万円以下	免除	100分の50
100万円を超え 200万円以下	100分の50	100分の25
200万円を超え 300万円以下	100分の25	100分の15
300万円を超え 400万円以下	100分の15	100分の10

(3) その他特別の事情により、生活が著しく困窮となったと認められる者で、次の条件を満たすもの 軽減の割合100分の50

- ア 世帯の実収入見込月額が生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護の要否判定基準以下である者
- イ 町民税課税者に扶養されていない者
- ウ 町民税課税者と生計を共にしていない者
- エ 保有する資産が、生活保護法による保護の要否判定基準以下である者（ただし、現金、預貯金、有価証券の保有総額については、50万円以下とする。）
- オ 生活保護法による保護を受けていない者

(4) その他特別の理由があると認められるものについては、前各号に準じて減免する。

2 前項の規定により、保険料の減免申請が提出された場合、町は、現地に出向き介護保険料減免調書（様式第34号）により調査を行い、その調査により減免申請に対する減免の承認・不承認の決定は、介護保険料減免決定通知書（様式第35号）により申請者に通知するものとする。

3 町長は、減免に対する理由が消滅した場合、直ちにその旨を介護保険料減免取消通知書（様式第36号）により申請者に通知するものとする。

（保険料に関する申告）

**第33条** 第1号被保険者は、条例第10条に規定する申告をしなければならない。ただし、賦課期日に属する年度の前年の所得に係る必要な書類の確認についての委任状を町長に提出した者は、この限りでない。

## 第6章 雑則

（委任）

**第34条** この規則に定めるもののほか、介護保険の施行に関し必要な事項は、町長が別に定める。

### 附 則

この規則は、平成12年4月1日から施行する。

### 附 則（平成14年2月14日規則第2号）

この規則は、平成14年4月1日から施行する。

### 附 則（平成17年4月1日規則第12号）

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

### 附 則（平成17年6月10日規則第19号）

1 この規則は、平成17年7月1日から施行する。

2 この規則の施行前に従前の様式により作成されている用紙等は、当分の間、調整して使用することができる。

### 附 則（平成18年2月24日規則第3号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

### 附 則（平成19年3月27日規則第10号抄）

（施行期日）

1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。ただし、第13条、第14条の規定は並びに第20条中第25条第2項及び第3項の改正規定は、平成19年6月1日から施行する。

（函南町介護保険条例施行規則の一部改正に伴う経過措置）

16 第17条の規定は、改正法附則第3条第1項の規定により収入役が在職する場合について、「函

南町会計管理者様」とあるのは「函南町収入役様」と読み替えるものとする。

- 17 この規則の施行前に従前の様式により作成されている用紙等は、当分の間、調整して使用することができる。

**附 則**（平成19年10月30日規則第14号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行前の様式により作成されている用紙等は、当分の間、調整して使用することができる。

**附 則**（平成23年3月1日規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

**附 則**（平成27年8月1日規則第19号）

この規則は、平成27年8月1日から施行する。

**附 則**（平成27年12月28日規則第25号）

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前の様式により作成されている用紙等は、当分の間、調整して使用することができる。

**附 則**（平成28年3月31日規則第14号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

**附 則**（平成28年7月29日規則第28号の1）

この規則は、平成28年8月1日から施行する。

**附 則**（平成30年3月29日規則第9号の4）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

**附 則**（平成30年7月1日規則第13号）

この規則は、平成30年7月1日から施行する。

**様式第1号**（第2条—第4条、第8条—第11条関係）

様式第1号（第2条～第4条、第8条～第11条関係）

介護保険資格取得・変更・喪失届

函南町長 氏 名 様

次のとおり介護保険資格の取得・変更・喪失について届出ます。

届出人氏名		本人との関係		資格変更年月日			
届出人住所及び連絡先	電話番号			取得・変更・喪失		年	月 日
届出日	年 月 日	変更日	年 月 日	取得理由	喪失理由	変更理由	
届出の理由				転入 職権復活 65歳到達 適用除外非該当 その他	転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他	氏名変更 住所変更 世帯変更	
新住所				※氏名変更の場合は、備考欄に変更前の氏名を記入してください			
旧住所							
本年1月1日の住所							
フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者番号 個人番号	要介護認定	介護保険施設入所	備考
		男・女	世帯主			有・無	
		男・女				有・無	
		男・女				有・無	
		男・女				有・無	
		男・女				有・無	
		男・女				有・無	

様式第2号（第5条、第6条関係）

様式第2号（第5条、第6条関係）

住所地特例対象施設入所・変更・退所届

函南町長 氏 名 様

次のとおり住所地特例対象施設の 入所・変更・退所 について届出ます。

	届出年月日	年 月 日
届出者氏名	本人との関係	
届出者住所 及び連絡先	電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ											生年月日	年 月 日							
	氏名											性別	男 ・ 女							
	世帯主氏名											生年月日	年 月 日		被保険者 と世帯主 との続柄					
												性別	男 ・ 女							
	新住所																			
旧住所																				

※変更の届出の場合は、変更後の施設について記入してください。

介 護 保 険 施 設	名称																			
	所在地及び 連絡先	電話番号																		
	入所日 退所日																			

様式第3号（第7条関係）

介護保険被保険者証交付申請書

函南町長 氏 名 様

次のとおり被保険者証の交付を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との 関 係	
申請者住所 及び連絡先	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		
	氏 名	生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
住所及び 連絡先	電話番号		

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





介護保険 サービスの種類指定変更申請書

函南町長 氏 名 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														申請年月日				年 月 日
	フリガナ													生年月日				年 月 日	
	氏 名													性 別				男 ・ 女	
	住 所	〒												電話番号					
	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 経過的要介護												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消除を求める旨																			
種 類 指 定 変 更 理 由																			

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名				
	所 在 地	〒										電話番号				

第二号被保険者(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							
特定疾病名																		

様式第7号 (第15条関係)



介護保険要介護認定・要支援認定申請却下通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名

年 月 日付けであなたが行った申請について、介護保険法の規定に基づき次のとおり却下したので通知します。

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

却下年月日	
-------	--

理 由	
-----	--

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として（訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。）、決定の取消しを求める訴えを提起することができます（裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第9号 (第17条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定申請結果通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

年 月 日付けであなたが行った申請について、介護保険法の規定に基づき次のとおり判定をしたので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名
判定結果		
判定年月日		
認定の有効期限		
介護保険審査会の意見 サービスの種類の指定		
非該当の理由等		

- 1 認定の有効期限内であっても、心身の状態が変化等した場合は、再度、要介護認定・要支援認定の申請をすることができる。
- 2 認定の有効期限の満了後においても要介護状態又は要支援状態に該当すると見込まれるときは、認定の有効期限の満了の日の60日前から認定の更新の申請をすることができる。
- 3 居宅サービス又は施設サービスの種類の指定を受けた場合は、その後の心身状態の変化等により、必要のあるときには、当該指定に係るサービス種類の変更の申請をすることができます。

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として（訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。）、決定の取消しを求める訴えを提起することができます（裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第10号（第18条関係）

介護保険要介護状態区分変更認定通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

介護保険法の規定に基づき、次のとおり要介護状態区分の変更の認定をしたので通知します。

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

認定結果	いままでの要介護状態区分	
	これからの要介護状態区分	

変更年月日	
-------	--

認定の有効期限	
---------	--

(注) 年 月 日までに被保険者証を函南町福祉課に提出してください。  
ただし、既に提出済みの場合は、必要ありません。

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として（訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。）、決定の取消しを求める訴えを提起することができます（裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第11号 (第19条関係)

介護保険サービス種類指定変更申請結果通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

年 月 日付けであなたが行った申請について、介護保険法の規定に基づき次のとおり決定をしたので通知します。

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

結果	
----	--

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として（訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。）、決定の取消しを求める訴えを提起することができます（裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第12号 (第20条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定取消通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

介護保険法の規定に基づき、次のとおり要介護認定・要支援認定を取り消したので通知します。

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

取消年月日	
-------	--

理由	
----	--

(注) 年 月 日までに被保険者証を函南町福祉課に提出してください。  
ただし、既に提出済みの場合は、必要ありません。

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます(この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として(訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。)、決定の取消しを求める訴えを提起することができます(裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第13号 (第21条関係)

様式第 13 号 (第 21 条関係) (用紙 日本工業規格 A4 縦型)

介護保険居宅介護・介護予防給付申請書

函南町長 氏 名 様

次のとおり居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、特例地域密着型介護サービス費、居宅介護サービス計画費、特例居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、介護予防サービス費、特例介護予防サービス費、地域密着型介護予防サービス費、特例地域密着型介護予防サービス費、介護予防サービス計画費及び特例介護予防サービス計画費の支給を申請します。

( 年 月分)		申請年月日	年 月 日		
被 保 険 者	フリガナ	保険者番号			
	氏 名	被保険者番号			
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
	住所及び 連 絡 先	電 話 番 号 ( )			
支払金額合計		円			
申 請 理 由					

申請者氏名	Ⓜ	被保険者との関係
住所及び連絡先	電 話 番 号 ( )	

(注) この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書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 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種別	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
口座名義人				

町記入欄

区 分	保険料納付状況	領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備 考
1 一般 2 支払方法の 変更 3 給付額減額	未納保険料 有 ・ 無 滞納保険料 有 ・ 無			

様式第 14 号 (第 22 条関係)

様式第 14 号 (第 22 条関係) (用紙 日本工業規格 A4 縦型)

介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費支給申請書

函南町長 氏 名 様

次のとおり介護・介護予防福祉用具購入費の支給を申請します。

		申請年月日	年 月 日			
被 保 険 者	フリガナ	保険者番号				
	氏 名	被保険者番号				
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女		
	住所及び 連 絡 先	電 話 番 号 ( )				
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購 入 日			
		円	年 月 日			
		円	年 月 日			
		円	年 月 日			
		円	年 月 日			
福祉用具が 必要な理由						

申請者氏名	Ⓜ	被保険者との関係	
住所及び連絡先	電 話 番 号 ( )		

(注)

- この申請書の裏面に領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

上記の介護・介護予防福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種別	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
口座名義人				

様式第15号 (第23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

函南町長 氏 名 様

次のとおり介護・介護予防住宅改修費の支給を申請します。

		申請年月日	年 月 日						
被 保 険 者	フリガナ		保険者番号						
	氏 名		被保険者番号						
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女					
	住所及び 連絡先	電話番号 ( )							
住宅の所有者	被保険者との関係								
改修の内容・ 箇所及び規模			業者名						
			着工日	年 月 日					
			完成日	年 月 日					
改 修 費 用	円								

申請者氏名	㊞	被保険者との関係	
住所及び連絡先	電話番号 ( )		

(注)

- この申請書の裏面に領収書及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。
- 改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

上記の介護・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 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種別	口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
			3 その他				
	フリガナ						
口座名義人							

支 給  
介護保険償還払 決定通知書  
不支給

第 年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

先に申請のありました給付費については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
受付年月日		決定年月日	
本人支払額		対象年月	
給付の種類			
支 給	する    しない	支 給 金 額	
増減の理由			
備 考			

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として（訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。）、決定の取消しを求める訴えを提起することができます（裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第16号（第25条関係）

介護保険利用者負担額減免申請書

函南町長 氏 名 様

次のとおり居宅サービス、施設サービス、特定福祉用具の購入、住宅改修に係る利用者負担額の減免を申請します。

		申請年月日		年	月	日
被 保 険 者	フリガナ 氏 名	.....	保険者番号			
			被保険者番号			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女		
	住所及び 連絡先	電話番号				
減免申請理由						

申請者氏名	ⓐ	本人との関係	
住所及び 連絡先	電話番号		

町記入欄

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

介護保険利用者負担額減免申請結果通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

年 月 日付けであなたが行った申請について、介護保険法の規定に基づき次のとおり決定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	
決定事項	
1 承認する	承認内容
2 承認しない	理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として（訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。）、決定の取消しを求める訴えを提起することができます（裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第18号 (第26条関係)

様式第 18 号 (第 26 条関係)

介護保険高額介護 (予防) サービス費支給申請書

フリガナ				保険者番号				
被保険者氏名				被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別			
住所	電話番号							
	氏名	生年月日	性別	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	明・大・昭 年 月 日生						
	世帯員	明・大・昭 年 月 日生						
		明・大・昭 年 月 日生						
		明・大・昭 年 月 日生						
函南町長 氏 名 様 上記のとおり高額介護 (予防) サービス費の支給を申請します。 年 月 日  住所 申請者 氏名 ⑨ 電話番号								

注意 (1) 今回の申請以降、高額介護 (予防) サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。  
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。

(2) 給付制限を受けている方については、高額介護 (予防) サービス費の支給ができない場合があります。

高額介護 (予防) サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 9 その他					
	フリガナ							
	口座名義人							

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1 単独 2 合算			

様式第18号の2 (第26条関係)

高額介護 (予防) サービス費支給 (不支給) 決定通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

先に申請のありました給付費については、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 (証) 番号	
--------	--	-------------	--

サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
本人支払額			
給付の種類			
支給		支給金額	
不支給の理由			

支払方法				
窓口払		口座払		
お持ち いただくもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この通知書</li> <li>・介護保険被保険者証</li> <li>・申請書に使用した印鑑</li> </ul>	振込先	金融機関	
			口座種目	
			口座番号	
			口座名義人	
支払場所				
支払期間				

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます (この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として (訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。)、決定の取消しを求める訴えを提起することができます (裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第18号の3 (第26条関係)



様式第19号(第26条の2関係)

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号			
フリガナ	生年月日	年 月 日 生	性別	個人番号						
氏名	試算期間の始期及び終期									
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	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	広域連合名称			加入期間					
					年 月 日から 年 月 日まで					
支払方法	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	店種コード	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.普通預金 2.当座預金 9.その他		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					
	1		年 月 日から 年 月 日まで		備考欄					
	2		年 月 日から 年 月 日まで							
	3		年 月 日から 年 月 日まで							
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>函南町長 氏 名 様</p> <p>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。申請者 住所</p> <p>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。氏名 電話番号</p> <p>※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ください。①のみを丸で囲んでください。電話番号</p> <p>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のみを丸で囲んでください。</p>										

	枚中		枚目
--	----	--	----

備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項等

- 高額介護合算療養費等支給申請について
    - 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。
    - 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。
    - 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指します。
    - 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険(介護保険)に変更があった場合、保険者加入履歴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、当該保険者加入履歴欄への記載は不要です。

  - 複数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。

  - 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
    - ア 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。)
    - イ 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
    - ウ 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(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及び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、ご留意下さい。
  - (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、保険者の名称及び加入期間)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。
- 自己負担額証明書交付申請について
  - 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)。
  - 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

- 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提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
 

「GY Y(申請対象年度和暦、平成の場合、Gは「4」+保険者番号8桁(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6桁)(計17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から付すること。

様式第20号(第26条の2関係)

様

### 介護保険自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	証明対象年度
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		被保険者番号	
対象となる計算期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
計算期間において被保険者であった期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
サービス提供年月	自己負担額	うち70歳~74歳の者に係る自己負担額	摘要
年 月分			
計			
年 月 日			
住所			
函南町長 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>			

**【保険者連絡用】**

(問い合わせ先)  
住所

電話番号

(計算結果送付先)  
住所

高額介護合算療養費等支給 (不支給) 決定通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者証記号		被保険者 (証) 番号	
--------	--	---------	--	-------------	--

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

支払方法				
窓口払		口座払		
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この通知書</li> <li>・介護保険被保険者証</li> <li>・申請書に使用した印鑑</li> </ul>	振込先	金融機関	
			口座種目	
支払場所			口座番号	
支払期間			口座名義人	

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます (この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります)。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として (訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります)、決定の取消しを求める訴えを提起することができます (裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります)。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第22号 (第27条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ											被保険者番号										
被保険者氏名											個人番号										
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男	・	女													
住所及び連絡先	〒										連絡先										
本籍地																					
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（*）	〒																				
入所（院）年月日	年	月	日																		

\* 介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。

配偶者に関する事項	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	明治・大正・昭和	年	月	日生	個人番号															
	住所及び連絡先	〒										連絡先									
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税																

該当箇所にて点を記入ください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 市町村民税世帯非課税者であって、 <input type="checkbox"/> 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下 （受給している年金に○して下さい。）		受給している全ての年金の保険者に○をつけてください。  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	市町村民税世帯非課税者であって、 <input type="checkbox"/> 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
	預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む。）	円
函南町長 氏 名 様 上記のとおり食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定の申請をします。  年 月 日  申請者 住 所  氏 名  電話番号						

（注意事項）

- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入してください。  
※配偶者の分も含みます。（世帯が異なる配偶者や事実婚の場合も含まれます。）
- 金融機関、口座番号、口座名義、申請日の直近から2か月前までの残高が確認できる通帳等の写しを添付してください。  
※申請の前に記帳をお願いいたします。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

介護保険負担限度額決定通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

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

被保険者氏名										
被保険者番号										

決定年月日	年 月 日
決定事項	
1 承認する	適用年月日 年 月 日 (承認内容) 有効期限 年 月 日
2 承認しない	理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます(この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として(訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。)、決定の取消しを求める訴えを提起することができます(裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第24号 (第27条関係)

様式第24号 (第27条関係)

(表)

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;">介護保険負担限度額認定証</div>											
交付年月日		年	月	日							
被 保 険 者	被保険者番号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年	月	日	性 別						
	適用年月日	年	月	日から							
	有効期限	年	月	日まで							
食費の負担限度額					円						
居住費又は滞在費の 負担限度額		ユニット型個室			円						
		ユニット型個室的多床室			円						
		従来型個室 (特養等)			円						
		従来型個室 (老健・療養等)			円						
		多床室			円						
保険者番号並びに 保険者の名称及び印		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">函 南 町</p>									

(裏)

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口へ提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったり、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を函南町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、函南町にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考

- 1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 2 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることとその他所要の調整を加えることができること。

様式第25号（第28条関係）

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

フリガナ		保険者番号									
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女								
住 所	〒 電話番号										
介護保険施設の住所地及び名称	〒 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 ユニット型準個室		4 多床室				
入所年月日	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 に該当する以外のもの 3 その他 (										
函 南 町 長 様 上記のとおり食事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 電話番号 氏名 印											

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) ・世帯市町村民税 課税 ・ 非課税 ・ 確認者 _____			
適用年月日	・合計所得金額・課税年金収入額の合計額 80万円以下 ・ 80万円以上			
年 月 日 から	・老齢福祉年金受給 あり ・ なし ・生活保護受給 あり ・ なし ・利用者負担段階 第1段階 第2段階 第3段階 却 下			
有効期限	課 長	課長補佐	係 長	課 員
年 月 日 まで				

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

第 年 月 日 号

様

函南町長 氏 名 印

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

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

決定年月日	年 月 日
決定事項	
1 承認する	適用年月日 年 月 日 (承認内容) 特定負担限度額 (日額)
	食費 : 円
	有効期限 年 月 日 居住費
	(ユニット型個室) : 円
	(ユニット型準個室) : 円
	(従来型個室) : 円
	(多床室) : 円
2 承認しない	理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます(この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として(訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります)、決定の取消しを求める訴えを提起することができます(裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第27号 (第28条関係)

(表)

(裏)

介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証)											
交付年月日		年	月 日								
被 保 険 者	被保険者番号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日	性別								
	適用年月日	年 月 日から									
	有効期限	年 月 日まで									
食費の特定負担限度額		円									
居住費又は滞在費の 特定負担限度額	ユニット型個室	円									
	ユニット型準個室	円									
	従来型個室(特養等) 多床室	円									
保険者番号並びに 保険者の名称及び印	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> 函 南 町										

注 意 事 項

一 この証によって指定介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。

二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特別養護老人ホームの窓口へ提出してください。

三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至ったとき、又は特別養護老人ホームを退所したとき(引き続き、他の特別養護老人ホームに入所する場合を除く)は、遅滞なく、この証を函南町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、函南町にその旨を届け出てください。

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

○ 証の大きさ 縦 128 ミリ 横 91 ミリ

様式第28号 (第29条関係)

様式第28号（第29条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除等申請書  
 （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		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
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 日から		
<p>函 南 町 長 様</p> <p>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に係る減額・免除等の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申 請 者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>			

保険者記入欄（記入しないで下さい）

交付年月日	備 考			
年 月 日	（所得分布の状況等を記入） ・世帯市町村民税 課税 ・ 非課税 ・ 確認者 _____ ・合計所得金額・課税年金収入額の合計額 80万円以下 ・ 80万円以上			
適用年月日	・高齢福祉年金受給 あり ・ なし ・生活保護受給 あり ・ なし ・利用者負担段階 第1段階 第2段階 第3段階 却 下			
年 月 日から				
有効期限	課 長	課長補佐	係 長	課 員
年 月 日まで				

様式第29号（第29条関係）

介護保険利用者負担額減額・免除等決定通知書  
 (特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定申請)

第 号  
 年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

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

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

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

不服申立て及び取消訴訟

- この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます(この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として(訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。)、決定の取消しを求める訴えを提起することができます(裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第30号(第29条関係)

(表)

(裏)

介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証)		
交付年月日 年 月 日		
被保険者	被保険者番号	
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 性別
	適用年月日	年 月 日から
有効期限	年 月 日まで	
減額・免除等認定事項		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	函 南 町	

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用(食事及び居住に要する費用を除く)から介護費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。また、食事及び居住に要する費用については、介護保険特定負担限度額認定証に記載する食費の特定負担限度額及び居住費の特定負担限度額が上限となります。
- 二 特定介護老人福祉施設から指定介護福祉施設サービスを受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証を施設の窓口へ提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定の有効期限に至ったとき、又は特定介護老人福祉施設を退所したとき(引き続き、他の指定介護老人福祉施設に入所する場合を除く)は、遅滞なく、この証を函南町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、函南町にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

○ 証の大きさ 縦 128 ミリ 横 91 ミリ

様式第31号その1(第31条関係)

様式第31号その1(第31条関係)

(用紙規格 縦102ミリメートル×横178ミリメートル)

## 年度 介護保険料納入通知書

(通知書番号 )

あなたの 年度介護保険料は次の  
とおりとなりましたので通知します。

静岡県田方郡函南町長  
氏 名 印

被保険者氏名				
被保険者番号				
年額保険料	加入月数	確定保険料	減免等の額	差引保険料
円	ヵ月	円	円	円

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
年金種別	
金融機関名称 / 種別 / 口座番号	

様式第31号その2(第31条関係)



様式第31号その4（第31条関係）

〔保険料〕

65歳以上の方の保険料（年額）

介護保険料（年額）＝ 円（基準月額保険料）×保険料率×12か月

（100円未満切り捨て）

段階	金額（年額）	要件	料率
第1段階	28,400円	生活保護をうけている人 世帯全員が住民税非課税で高齢福祉年金を受けている人または、前年の合計所得金額＋課税年金収入額が80万円以下の人	0.45
第2段階	47,300円	世帯全員が住民税非課税で合計所得金額＋課税年金収入額が80万円を超え120万円以下の人	0.75
第3段階	47,300円	世帯全員が住民税非課税で合計所得金額＋課税年金収入額が120万円を超えている人	0.75
第4段階	56,800円	世帯の誰かに住民税が課税されているが本人は住民税非課税で、前年の合計所得金額＋課税年金収入額が80万円以下の人	0.90
第5段階	63,100円	世帯の誰かに住民税が課税されているが本人は住民税非課税で、前年の合計所得金額＋課税年金収入額が80万円を超えている人	1.00
第6段階	75,700円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満の人	1.20
第7段階	82,000円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円以上200万円未満の人	1.30
第8段階	94,700円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が200万円以上300万円未満の人	1.50
第9段階	107,300円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が300万円以上400万円未満の人	1.70
第10段階	110,500円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が400万円以上の人	1.75

・各納期に100円未満の端数がある時は、すべての端数を最初の納期に合算します。

〔保険料を納めない〕

納期限までに完納しないと、納期限の翌日から納入の日までの期間の日数に応じ、納入金額（1,000円未満の端数があるとき、又はその金額が2,000円未満であるときは、その端数金額又は全額を切り捨てます。）に納期限の翌日から1月を経過する日までを除く期間については、当該期間の属する各年の前年に租税特別措置法第93条第2項の規定により告示された割合に年1パーセントの割合を加算した割合（以下「特例基準割合」という。）が年7.3パーセントの割合に満たない場合は、当該特例基準割合に年7.3パーセントの割合を加算した割合、納期限の翌日から1月を経過するまでの期間については、特例基準割合が7.3パーセントの割合に満たない場合は、当該特例基準割合に年1パーセントの割合を加算した割合を乗じて計算した金額の延滞金がかかります。

この場合における年当たりの割合に、閏年の日を含む期間についても、365日当たりの割合である。

また、滞納の期間により、次のような措置が取られ、保険証に記載されるようになります。

・1年以上滞納すると、介護サービス利用料が通常1割（一定以上の所得がある方は2割）の負担で受給できるものが、いったん全額自己負担となり、申請によってあとから給付分（所得に応じ8割又は9割）が支給されます。

・1年6か月以上滞納すると、保険給付の一部又は全額が一時的に差し止めとなります。

・2年以上滞納すると、利用者負担が1割（一定以上の所得がある方は2割）から3割に引き上げられたり、高額介護サービス費が受けられなくなります。

## 様式第31号その5（第31条関係）

### 様式第31号その5（第31条関係）

介護保険料の根拠について

（賦課の根拠及び納入義務者）

介護保険料は、介護保険法第129条及び函南町介護保険条例第4条の定めるところにより、介護保険第1号被保険者に対して賦課されます。また、世帯主及び配偶者は、連帯して納入する義務を負います。

（賦課期日）

4月1日です。

（資格の取得及び喪失に伴う賦課）

介護保険料の賦課期日後に第1号被保険者の資格を取得した者は、その資格を取得した日の属する月から、月割りをもって算定した介護保険料額を課します。また、介護保険料の賦課期日後に第1号被保険者の資格を喪失した者の介護保険料の額の算定は、その資格を喪失した日の属する月の前月まで月割をもって行います。

（納期）

第1期 4月15日から4月30日まで 第4期 10月15日から10月31日まで  
第2期 6月15日から6月30日まで 第5期 12月15日から12月25日まで  
第3期 8月15日から8月31日まで 第6期 2月15日から2月末日まで

（納入方法）

受給している年金の額が月額15,000円（年額180,000円）以上の方は、年金から天引きとなります。月額15,000円未満の方は、納入書か口座振替で町に個別に納めていただきます。

この通知書に不服がある場合は、この文書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に静岡県介護保険審査会に審査請求することができます。処分の取消しの訴えは、当該審査請求に係る裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告（訴訟においては函南町長が被告の代表となります。）として提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、①審査請求をした日から3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は、裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

ご不明な点は、下記へお問い合わせください。

## 様式第31号その6（第31条関係）



この領収書は7年間保存して下さい。

区コード	
納期限	
通知書番号	
第期金額	
延滞金	
合計	
領収日付印	上記のとおり領収しました  静岡県田方郡函南町

納入済通知書

通知書番号	区	科	目	C	D	年度	M	期別	C	D	金額	C	D											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">第 期</td> <td style="width: 30%;">通知書番号</td> <td style="width: 40%;">金 額</td> </tr> <tr> <td colspan="2">納 期 限</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">延滞金</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合 計</td> <td>円</td> </tr> </table> <p>金額は訂正することができません。 ¥マークは記入しないで下さい。</p>													第 期	通知書番号	金 額	納 期 限		円	延滞金		円	合 計		円
第 期	通知書番号	金 額																						
納 期 限		円																						
延滞金		円																						
合 計		円																						
領収日付印										科目														
										年度														
										期別														
上記の通り領収しましたので通知します。										函南町会計管理者様														
										函南町														

この用紙は機械で直接処理しますので汚したり曲げたりしないで下さい。

### 様式第32号その4 (第31条関係)

様式第32号その4 (第31条関係)

[保険料]

65歳以上の方の保険料(年額)

介護保険料(年額) = 円(基準月額保険料) × 保険料率 × 12か月

(100円未満切り捨て)

段階	金額(年額)	要件	料率
第1段階	28,400円	生活保護をうけている人 世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金を受けている人または、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人	0.45
第2段階	47,300円	世帯全員が住民税非課税で合計所得金額+課税年金収入額が80万円を超え120万円以下の人	0.75
第3段階	47,300円	世帯全員が住民税非課税で合計所得金額+課税年金収入額が120万円を超えている人	0.75
第4段階	56,800円	世帯の誰かに住民税が課税されているが本人は住民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の人	0.90
第5段階	63,100円	世帯の誰かに住民税が課税されているが本人は住民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円を超えている人	1.00
第6段階	75,700円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円未満の人	1.20
第7段階	82,000円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が120万円以上200万円未満の人	1.30
第8段階	94,700円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が200万円以上300万円未満の人	1.50
第9段階	107,300円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が300万円以上400万円未満の人	1.70
第10段階	110,500円	本人が住民税課税で前年の合計所得金額が400万円以上の人	1.75

・各納期に100円未満の端数がある時は、すべての端数を最初の納期に合算します。

[保険料を納めない]

納期限までに完納しないと、納期限の翌日から納入の日までの期間の日数に応じ、納入金額(1,000円未満の端数があるとき、又はその金額が2,000円未満であるときは、その端数金額又は全額を切り捨てます。)に納期限の翌日から1月を経過する日までを除く期間については、当該期間の属する各年の前年に租税特別措置法第93条第2項の規定により告示された割合に年1パーセントの割合を加算した割合(以下「特例基準割合」という。)が年7.3パーセントの割合に満たない場合は、当該特例基準割合に年7.3パーセントの割合を加算した割合。納期限の翌日から1月を経過するまでの期間については、特例基準割合が7.3パーセントの割合に満たない場合は、当該特例基準割合に年1パーセントの割合を加算した割合を乗じて計算した金額の延滞金がかかります。

この場合における年当たりの割合に、閏年の日を含む期間についても、365日当たりの割合である。

また、滞納の期間により、次のような措置が取られ、保険証に記載されるようになります。

・1年以上滞納すると、介護サービス利用料が通常1割(一定以上の所得がある方は2割)の負担で受給できるものが、いったん全額自己負担となり、申請によってあとから給付分(所得に応じ8割又は9割)が支給されます。

・1年6か月以上滞納すると、保険給付の一部又は全額が一時的に差し止めとなります。

・2年以上滞納すると、利用者負担が1割(一定以上の所得がある方は2割)から3割に引き上げられたり、高額介護サービス費が受けられなくなります。

### 様式第32号その5 (第31条関係)

様式第32号その5（第31条関係）

介護保険料の根拠について

（賦課の根拠及び納入義務者）

介護保険料は、介護保険法第129条及び函南町介護保険条例第4条の定めるところにより、介護保険第1号被保険者に対して賦課されます。また、世帯主及び配偶者は、連帯して納入する義務を負います。

（賦課期日）

4月1日です。

（資格の取得及び喪失に伴う賦課）

介護保険料の賦課期日後に第1号被保険者の資格を取得した者は、その資格を取得した日の属する月から、月割りをもって算定した介護保険料額を課します。また、介護保険料の賦課期日後に第1号被保険者の資格を喪失した者の介護保険料の額の算定は、その資格を喪失した日の属する月の前月まで月割をもって行います。

（納期）

第1期 4月15日から4月30日まで 第4期 10月15日から10月31日まで  
第2期 6月15日から6月30日まで 第5期 12月15日から12月25日まで  
第3期 8月15日から8月31日まで 第6期 2月15日から2月末日まで

（納入方法）

受給している年金の額が月額15,000円（年額180,000円）以上の方は、年金から天引きとなります。月額15,000円未満の方は、納入書か口座振替で町に個別に納めていただきます。

この通知書に不服がある場合は、この文書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に静岡県介護保険審査会に審査請求することができます。処分の取消しの訴えは、当該審査請求に係る裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告（訴訟においては函南町長が被告の代表となります。）として提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、①審査請求をした日から3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は、裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

ご不明な点は、下記へお問い合わせください。

様式第32号その6（第31条関係）

様式第32号その6（第31条関係）

（用紙規格 縦102ミリメートル×横178ミリメートル）

（裏面）

静岡県田方郡函南町

<納付場所>

下記金融機関等(本店並びに全国の支店)で納付できます。

<取扱金融機関等>

- ・みずほ銀行三島支店
- ・三菱UFJ銀行三島支店
- ・静岡銀行函南支店
- ・スルガ銀行函南支店
- ・清水銀行松本支店
- ・静岡中央銀行三島支店
- ・三島信用金庫函南支店
- ・静岡県労働金庫三島支店
- ・三島函南農業協同組合函南支店
- ・函南町役場会計課

- みずほ銀行
- 三菱UFJ銀行
- 静岡銀行
- スルガ銀行
- 清水銀行
- 静岡中央銀行
- 三島信用金庫
- 静岡県労働金庫
- 三島函南農業協同組合
- 函南町役場会計課

様式第33号（第32条関係）

介護保険料減免申請書

函南町長 氏 名 様

次のとおり、 年度 月分介護保険料の減免を受けたく、申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との 関係	
申請者住所 及び連絡先	電話番号 ( )		

※ 申請者本人が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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

申請理由	
------	--

介護保険料減免調書

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏 名		生年月日	年 月 日								
			性 別	男 ・ 女								
	住所及び 連絡先	電話番号										
	申請理由											
世帯状況												
災害の種類												
災害年月日												
被害程度												
減免計算月	年 月 から 年 月											
調 定 額	円 減免額 円( か月分保険料額)											
確 認 資 料	罹災証明・被災者名簿・その他 ( )											

年 月 日

調査員氏名

介護保険料減免決定通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

年 月 日付けで申請のあった介護保険料減免について、次のとおり承認・不承認と決定したので通知します。

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

減免決定年月日		決定した減免額		円
減免前保険料額		円	減免後保険料額	
不承認理由				

納 期	減免前保険料額	減 免 額	減免後保険料額
月(第 期)			
合 計			

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます（この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として（訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。）、決定の取消しを求める訴えを提起することができます（裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第36号（第32条関係）

介護保険料減免取消通知書

第 号  
年 月 日

様

函南町長 氏 名 印

年 月 日付けで承認した介護保険料減免について、次のとおり取り消したので通知します。

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

減免決定年月日		決定した減免額		円
減免前保険料額		円	減免後保険料額	
不承認理由				

納 期	減免前保険料額	減 免 額	減免後保険料額
月(第 期)			
合 計			

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して3月以内に、静岡県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます(この決定を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 上記1の審査請求に対する裁決を知った日の翌日から起算して6月以内に、函南町を被告として(訴訟において函南町を代表する者は、函南町長となります。)、決定の取消しを求める訴えを提起することができます(裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで決定の取消しを求める訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3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り生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。