

2 賦課・収納

項番	様式名	ルート	統一様式	任意様式
1	納入通知書(保険料額決定通知書)兼特別徴収開始通知書	市→被		○
2	納入通知書(保険料額変更通知書)兼特別徴収額変更通知書、特別徴収中止通知書	市→被		○
3	介護保険料減免・徴収猶予申請書	被→市		○
4	介護保険料減免決定通知書	市→被		○
5	介護保険料徴収猶予決定通知書	市→被		○
6	介護保険料減免取消通知書	市→被		○
7	介護保険料徴収猶予取消通知書	市→被		○
8	介護保険料減免・徴収猶予調書	市		○
9	介護保険料還付(充当)通知書	市→被		○
10	介護保険料充当通知書	市→被		○
11	納付書	被→金		○
12	介護保険料口座振替依頼書	被→金		○
13	介護保険料口座振替不能通知書	市→被		○
14	介護保険料領収証書	市→被		○
15	介護保険料納付証明申請書	被→市		○
16	介護保険料納付証明書	市→被		○

納入通知書（介護保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長 印

- *平成 年度分の介護保険料額が次のとおり決定しましたので通知します。
 - *平成 年度分・平成 年度分の介護保険料額について次のとおり年金から特別徴収しますので通知します。
 - *平成 年度分・平成 年度分の介護保険料額について次のとおり仮徴収しますので通知します。
- （保険料額の決定と特別徴収の通知が同時に行われる場合があります。）

（*について該当するものを記載）

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

決定年月日	年	月	日	
決定理由				

年間保険料額
平成 年度に納付する保険料額 円

納期（月）	期別保険料額		貴世帯分保険料額*
	普通徴収	特別徴収	
第1期 4月			
第2期 5月			
第3期 6月			
第4期 7月			
第5期 8月			
第6期 9月			
第7期 10月			
第8期 11月			
第9期 12月			
第10期 1月			
第11期 2月			
第12期 3月			
計			
合計額			

これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

*普通徴収の保険料について、あなたが世帯主として連帯納付義務を負っている世帯員分の介護保険料の合計が記載されています。（世帯主本人分を含む）
特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

保険料算定の基礎

期間	月数 ①	所得段階区分	保険料率 ②	保険料算出額 ②×①/1.2	保険料額 *

普通徴収の場合の納期限

納期	納期限	納期	納期限
第1期	平成〇年〇月〇日	第7期	平成〇年〇月〇日
第2期	平成〇年〇月〇日	第8期	平成〇年〇月〇日
第3期	平成〇年〇月〇日	第9期	平成〇年〇月〇日
第4期	平成〇年〇月〇日	第10期	平成〇年〇月〇日
第5期	平成〇年〇月〇日	第11期	平成〇年〇月〇日
第6期	平成〇年〇月〇日	第12期	平成〇年〇月〇日

普通徴収の場合の納入場所

- ・〇〇銀行等
- ・××市役所等

お問い合わせ先
〇〇市（町村）介護保険課
住所 電話番号

不服の申立

この通知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60日以内に、〇〇県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。
住所 電話番号

納入通知書（介護保険料額変更通知書）兼

特別徴収額（仮徴収）変更通知書
特別徴収中止通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△（町村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

*平成 年度分の介護保険料（仮徴収）額を次のとおり変更しましたので通知します。

*平成 年度分の介護保険料の特別徴収を中止し、次のとおり普通徴収することとしましたので通知します。

（*について該当するものを記載）

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

変更年月日	年	月	日
変更事由			

年間保険料額		期別保険料額				貴世帯分保険料額*	
平成 年度に納付する保険料額	円	納期・月	変更前の保険料額		変更後の保険料額		
			普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収	
これまでの保険料納付等		第1期 4月					
保険料徴収方法		第2期 5月					
特別徴収義務者		第3期 6月					
特別徴収対象年金		第4期 7月					
		第5期 8月					
		第6期 9月					
		第7期 10月					
		第8期 11月					
		第9期 12月					
		第10期 1月					
		第11期 2月					
		第12期 3月					
これからの保険料納付等		計					
保険料徴収方法		合計額	ア		イ		
特別徴収義務者		差引増減額					
特別徴収対象年金		保険料段階					

*普通徴収の保険料について、あなたが世帯主として連帯納付義務を負っている世帯員分の介護保険料の合計が記載されています。（世帯主本人分を含む）

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

（変更後の）保険料算定の基礎

期間	月数 ①	所得段階区分	保険料率 ②	保険料算出額 ②×①/12	保険料額 *

普通徴収の場合の納期限

納期	納期限	納期	納期限
第1期	平成〇年〇月〇日	第7期	平成〇年〇月〇日
第2期	平成〇年〇月〇日	第8期	平成〇年〇月〇日
第3期	平成〇年〇月〇日	第9期	平成〇年〇月〇日
第4期	平成〇年〇月〇日	第10期	平成〇年〇月〇日
第5期	平成〇年〇月〇日	第11期	平成〇年〇月〇日
第6期	平成〇年〇月〇日	第12期	平成〇年〇月〇日

普通徴収の場合の納入場所

- ・〇〇銀行等
- ・××市役所等

お問い合わせ先
〇〇市（町村）介護保険課
住所 電話番号

不服の申立

この通知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60日以内に、〇〇県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険料減免・徴収猶予申請書

〇〇市（町村）長 様

次のとおり平成 年度分介護保険料の減免・徴収猶予を申請します。

	申請年月日	平成 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										
	フリカ`ナ										
	氏 名						生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日		
							性 別	男 ・ 女			
	住 所 〒										
		電話番号									

申請理由	
------	--

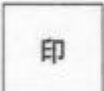
介護保険料減免決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
 ○○市△△ (町村)

 ○○ ○○ 様

○○市 (町村) 長



さきに申請がありました平成 年度分介護保険料の減免については、下記の通り 承認・不承認 と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								
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--

減免決定年月日		決定した減免額	
減免前保険料額		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
4月 (第1期)			
5月 (第2期)			
6月 (第3期)			
7月 (第4期)			
8月 (第5期)			
9月 (第6期)			
10月 (第7期)			
11月 (第8期)			
12月 (第9期)			
1月 (第10期)			
2月 (第11期)			
3月 (第12期)			
合 計			

問い合わせ先

○○市 (町村) 介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知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60日以内に○○県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険料徴収猶予決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999

〇〇市△△ (町村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市 (町村) 長

印

さきに申請がありました平成 年度分介護保険料の徴収猶予については、下記の通り 承認・不承認 と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
--------	--------

徴収猶予決定年月日	
不承認理由	

納 期	保 険 料 額	徴 収 猶 予 期 間	備 考
4月 (第1期)		~	
5月 (第2期)		~	
6月 (第3期)		~	
7月 (第4期)		~	
8月 (第5期)		~	
9月 (第6期)		~	
10月 (第7期)		~	
11月 (第8期)		~	
12月 (第9期)		~	
1月 (第10期)		~	
2月 (第11期)		~	
3月 (第12期)		~	
合 計			

問い合わせ先

〇〇市 (町村) 介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知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60日以内に〇〇市介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険料減免取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△ (町村)

〇〇市 (町村) 長

〇〇 〇〇 様

印

平成 年 月 日 文書番号で承認しました平成 年度分介護保険料の減免の取消については、下記の通り取消しましたので通知します。

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

減免取消年月日		取消した減免額	
取消前保険料額		取消後保険料額	
取消理由			

納 期	取消前保険料額	減免取消額	減免後保険料額
4月 (第1期)			
5月 (第2期)			
6月 (第3期)			
7月 (第4期)			
8月 (第5期)			
9月 (第6期)			
10月 (第7期)			
11月 (第8期)			
12月 (第9期)			
1月 (第10期)			
2月 (第11期)			
3月 (第12期)			
合 計			

問い合わせ先
〇〇市 (町村) 介護保険課 住所 電話番号

不服の申立
この通知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60日以内に〇〇県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。
住所 電話番号

介護保険料徴収猶予取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
 ○○市△△ (町村)

 ○○ ○○ 様

○○市 (町村) 長



平成 年 日文書番号で承認しました平成 年度分介護保険料の徴収猶予の取消については、下記の通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																	
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

徴収猶予取消年月日	
取消理由	

納 期	保険料額	取消前徴収猶予期限	取消後納期限
4月 (第1期)		～	～
5月 (第2期)		～	～
6月 (第3期)		～	～
7月 第4期)		～	～
8月 (第5期)		～	～
9月 (第6期)		～	～
10月 (第7期)		～	～
11月 (第8期)		～	～
12月 (第9期)		～	～
1月 (第10期)		～	～
2月 (第11期)		～	～
3月 (第12期)		～	～
合 計			

問い合わせ先

○○市 (町村) 介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知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60日以内に○○市介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険料減免・徴収猶予調書

被 保 者	被保険者番号									
	フリカ`ナ									
	氏 名					生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日		
						性 別		男 ・ 女		
	住 所 〒									
	申請理由									
世帯状況										
災害の種類		火災 ・ 水害 ・ その他 ()								
災害年月日		年 月 日								
被害程度										
減免計算月		年 月 ~ 年 月								
調定額		円			減免額		円 (か月分保険料額)			
徴収猶予期間										
確認資料		罹災証明・被災者名簿・その他 ()								

平成 年 月 日

調査員氏名

介護保険料充当通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△ (町村)

〇〇市 (町村) 長

〇〇 〇〇 様

印

あなたの納めた保険料が納めすぎになりましたので、次のとおり充当（割り当て）をさせていただきます。

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

充当金額

納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳

過誤納金算出年度 平成 年度	納期	特別徴収	普通徴収	延滞金	納めた金額	領収年月日	過誤納金額
納め過ぎた金額（過誤納金額） a							
還付加算金 b							
充当金額 a + b							

充当金額の内訳

納付年度	納期	保険料	保険料充当金額	延滞金	延滞金充当金額

次回の保険料の支払について

過誤納金は、これからお支払いいただく保険料や未納になっている保険料に充当させていただきます。その後、足りない金額については、未到来納期分から、請求させていただきます。

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知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60日以内に〇〇県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。

住所 電話番号

* 郵便局の口座振替の場合は別様式を検討

金融機関保管

〇〇市介護保険料口座振替依頼書

平成 年 月 日

銀行
金庫 様
組合

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

口座名義人	フリガナ 氏名		預金口座 届け印
	住所		
納入義務者 上記の預金 者と異なる 場合に記入	フリガナ 氏名		
	住所		
納付金の名称	〇〇市介護保険料		
主管課	〇〇市 介護保険課		

私（口座名義人）は、納入義務者が〇〇市介護保険料を口座振替の方法で納付することについて了承し、次の事項を確約のうえ口座振替を依頼します。

指定預金口座	銀行 金庫 組合		本店 支	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											
振替日	毎月〇〇日（休日もしくは休業日の場合は翌営業日）														

- 1 私が支払うべき介護保険料について〇〇市から貴店に、請求書等が送付されたときは、私に通知することなく、振替日に当該納付金額を指定預金口座から引き落としのうえ、〇〇市の歳入金として収納してください。なお、この依頼は5に定める解約届又は取消届を提出しない限り、引き続き有効として取り扱ってください。
- 2 預金の引き落としにあたっては、当座勘定規定又は普通預金規定にかかわらず、小切手の振出又は預金通帳及び預金払戻請求書の提出は致しません。
- 3 指定預金口座の残高が振替日において、納付すべき金額に満たないときは、私に通知することなく、当該請求書等を〇〇市に返還されてもさしつかえありません。
- 4 この契約は、常時残高不足等により、貴店が必要と認めた場合には、解除されても異議ありません。
- 5 私が解約する場合には、貴店あてに所定の解約届及び取消届を提出します。
- 6 この口座振替の取扱について、万一紛議が生じたときには、〇〇市、貴店及び私の間で協議し解決するものとします。 以上

銀行使用欄

〇〇市介護保険料口座振替納付届

平成 年 月 日

市長 様

被保険者番号

口座名義人	フリガナ 氏名		預金口座 届け印
	住所		
納入義務者 上記の預金 者と異なる 場合に記入	フリガナ 氏名		
	住所		
納付金の名称	〇〇市介護保険料		
主管課	〇〇市 介護保険課		

私（納入義務者）は、〇〇市に納める上記の納付金を口座振替の方法で納付したいので、請求書等は次の取扱店へ送付するよう届けます。なお、還付事由が生じた時は、その還付金額を納期の到来していない保険料に納期の到来するものから順に充てることを承諾します。また、余りがあるときはその金額を下記の口座に振り込んでください。

（納入義務者と口座名義人とが異なる場合）

私（口座名義人）は、下記指定預金口座名義から納付することを承諾します。

指定預金口座	銀行 組合		本店 支	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					
振 替 日	毎月〇〇日（休日もしくは休業日の場合は翌営業日）								

* 上記届出のことについては、口座振替依頼書の内容に基づき承諾します。

平成 年 月 日

取扱金融機関名

取扱店名

印

* 処理欄

* 欄は納入義務者は記入しないでください。

納入義務者 → 取扱店 → 市

〇〇市介護保険料口座振替納付届

平成 年 月 日

本人控

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

口座名義人	フリガナ 氏名											預金口座 届け印
	住所											
納入義務者 上記の預金 者と異なる 場合に記入	フリガナ 氏名											
	住所											
納付金の名称	〇〇市介護保険料											
主管課	〇〇市 介護保険課											

私（納入義務者）は、〇〇市に納める上記の納付金を口座振替の方法で納付したいので、請求書等は次の取扱店へ送付するよう届けます。なお、還付事由が生じた時は、その還付金額を納期の到来していない保険料に納期の到来するものから順に充てることを承諾します。また、余りがあるときはその金額を下記の口座に振り込んでください。
 (納入義務者と預金者とが異なる場合)
 私（口座名義人）は、下記指定預金口座名義から納付することを承諾します。

指定預金口座	銀行 金融組合		本店 支		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															
振 替 日	毎月〇〇日（休日もしくは休業日の場合は翌営業日）																			

振替開始時期

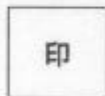
金融機関への口座振替の申込みをされてから最初に振替ができるまで、1～2か月お待ちください。振替が開始されるまでの間は、納付書を郵送します。

介護保険料 口座振替不能通知書

平成 年 月 日

〒 999-9999 ○○市△△ (町村) <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">○○ ○○ 様</div>
--

○○市 (町村) 長



口座振替により支払っていただくことになっていましたあなたの介護保険料は、下記の理由により振替できませんでした。

同封の納付書で、取扱期限までに必ず納めてください。

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

1 振替不能の保険料額

平成 年 期分	金額	円
振替できなかった理由		

2 督促及び延滞金

保険料をこのまま納付されないと、督促状が発送されるほか延滞金が徴収されます。なお延滞金は、納期限の翌日から納付の日までの期間の日数に応じ、保険料額に年〇.〇%の割合を乗じて計算した額です。この場合における年当りの割合は、閏年を含む期間についても365日当りの割合です。

取 扱 期 限	平成 年 月 日
---------	----------

・問い合わせ先

○○市 (町村) 介護保険課 住所 電話番号

〇〇市（区、町、村）介護保険料領収証書

住所						氏名						様
年度			被保険者番号									
期別	保険料額			督促料		延滞金						
1期												
2期												
3期												
4期												
5期												
6期												
7期												
8期												
9期												
10期												
11期												
12期												
小計												
領収額計												
備考												
上記のとおり正に領収いたしました。										領収印		
〇〇市（区、町、村） 分任出納員 〇〇 〇〇												

介護保険料納付証明申請書

〇〇市（町村）長 様

次のとおり平成 年度分介護保険料納付証明書を申請します。

	申請年月日	平成 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
	フリカ`ナ																						
	氏 名						生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日														
						性 別	男 ・ 女																
住 所	〒																						
電話番号																							

介護保険料納付証明書

被保険者番号										
納付義務者氏名										

あなたが平成〇〇年1月1日～12月31日までに支払った介護保険料は以下の通りです。

年度	納付済保険料額	備 考
合計		

上記のとおり介護保険料を納付したことを証明します。

平成 年 月 日

〇〇市（町村）長

