

介護保険標準負担額減額認定証（案）

（表面）

介護保険標準負担額減額認定証		
交付年月日 平成 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 男・女
	適用年月日	平成 年 月 日から
	有効期限	平成 年 月 日まで
減額認定 事 項		
保険者番号 並びに保険 者名称及び 印	<input type="text"/>	

（裏面）

- 一 この証によって介護保険施設に入院又は入所の際に食事を受ける場合に支払う標準負担額は、別に厚生大臣が定める減額された額になります。
- 二 介護保険施設に入院又は入所するときは、被保険者証とともに必ずこの証をそ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、減額認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。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、市町村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

介護保険特定標準負担額減額認定証（旧措置入所者）（案）

（表面）

（裏面）

介護保険特定標準負担額減額認定証 （特別養護老人ホーム旧措置入所者に関する経過措置）									
交付年月日 平成 年 月 日									
被 保 險 者	番 号								
	住 所								
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 男・女							
	適用年月日	平成 年 月 日から							
	有効期限	平成 年 月 日まで							
減額認定 事 項									
保険者番号 並びに保険 者名称及び 印	<table border="1" style="display: inline-table; 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> </tr> </table>								

注 意 事 項

一 この証によって介護老人福祉施設に入所中に食事の提供に係る費用として支払う特定標準負担額は、別に厚生大臣が定める減額された額になります。

二 被保険者の資格がなくなったとき、減額認定の要件に該当しなくなったとき、減額認定証の有効期限に至ったとき、又は介護老人福祉施設を退所したとき（引き続き他の介護老人福祉施設に入所する場合を除く）は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

三 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、市町村にその旨を届け出てください。

四 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

介護保険利用者負担額減額・免除申請書（案）

介護保険利用者負担額減額・免除申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号					
			被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女		
住 所	〒			電話番号				
利用者負担額 減免申請理由								
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>								

市（町村）記入欄

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

介護保険利用者負担額減額・免除申請書（旧措置入所者）（案）

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経過措置）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号						
			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	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					

〇〇市（町村）長 様

上記のとおり利用者負担額に係る減額・免除を申請します。

平成 年 月 日

住所
 申請者
 氏名

電話番号

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把握)
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額・免除認定証（案）

（表面）

介護保険利用者負担額減額・免除認定証											
交付年月日 平成 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 男・女									
	適用年月日	平成 年 月 日から									
	有効期限	平成 年 月 日まで									
減額・免除 認定事項	給付率 / 100										
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 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>										

（裏面）

- 一 介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 二 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（入院又は入所時に食事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、入院又は入所時における食事に要する費用については、一日につき定額の標準負担額となります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。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、市町村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

介護保険利用者負担額減額・免除認定証（旧措置入所者）（案）

（表面）

（裏面）

介護保険利用者負担額減額・免除認定証 （特別養護老人ホーム旧措置入所者に関する経過措置）											
交付年月日 平成 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 男・女									
	適用年月日	平成 年 月 日から									
	有効期限	平成 年 月 日まで									
減額・免除 認定事項	給付率 / 100										
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 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>										

注 意 事 項

- 一 介護サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を特別養護老人ホームの窓口へ提出してください。
- 二 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用（食事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、食事に要する費用については、一日につき定額の標準負担額又は減額された特定標準負担額となります。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、減額・免除の認定証の有効期限に至ったとき、又は介護老人福祉施設を退所したとき（引き続き他の介護老人福祉施設に入所する場合を除く）は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。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、市町村にその旨を届け出てください。

○ 証の大きさ

縦 128ミリ
横 91ミリ

介護保険標準負担額減額、利用者負担額減額・免除決定通知書（案）

介護保険標準負担額減額、利用者負担額減額・免除決定通知書

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

先に申請のありました、標準負担額減額、利用者負担額減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。

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

決定年月日	平成 年 月 日
-------	----------

決定事項							
1 承認する	<table border="1"> <tr> <td>適用年月日</td> <td>平成 年 月 日</td> <td>(承認内容)</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	適用年月日	平成 年 月 日	(承認内容)	有効期限	平成 年 月 日	
適用年月日	平成 年 月 日	(承認内容)					
有効期限	平成 年 月 日						
2 承認しない	理由						

・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

介護保険特定標準負担額減額、利用者負担額減額・免除（旧措置入所者）決定通知書（案）

介護保険特定標準負担額減額、利用者負担減額・免除 決定通知書
（特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する経過措置）

文 書 番 号

平成 年 月 日

〒999-9999

〇〇市△△（町村）

〇〇市（町村）長

印

〇〇 〇〇 様

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

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

決定年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

決定事項														
1	<table border="1"> <tr> <td>承認する</td> <td>適用年月日</td> <td>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td rowspan="2">（承認内容）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>有効期限</td> <td>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>	承認する	適用年月日	平成	年	月	日	（承認内容）		有効期限	平成	年	月	日
承認する	適用年月日	平成	年	月	日	（承認内容）								
	有効期限	平成	年	月	日									
2	理由													
承認しない														

- ・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

介護保険給付費支給（不支給）決定通知書（案）

介護保険

居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費、
居宅介護（支援）福祉用具購入費、居宅介護（支援）住宅改修費、
居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）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、
高額介護（居宅支援）サービス費

支給（不支給）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



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		被保険者番号	
--------	--	--------	--

受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日
本人支払額	円		
給付の種類			
支 給	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	支給金額 円
不支給・減額の理由			

支 払 方 法			
<input type="checkbox"/> 窓 口 払		<input type="checkbox"/> 口 座 払	
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> この通知書 介護保険被保険者証 申請書に使用した印鑑 	振 込 先	金融機関
支払場所			口座種目
支払期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 月曜から金曜 午前 時～午後 時		口座番号
			口座名義人

- ・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

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
	フリガナ																					
	氏 名																					
	生年月日	明・大・昭					年	月		日生	男・女											
	住 所 <small>(転出先予定)</small>	()																				
異動予定日	平成		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>平成 年 月 日 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p style="text-align: center;">〇 〇 市 (町 村) 長 <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 30px; vertical-align: middle; margin-left: 20px;">公印</table></p>																						
認定済 ・ 申請中				申請年月日																		
要介護状態区分				認定年月日																		
認定の有効期間				平成 年 月 日から平成 年 月 日まで有効																		
認定審査会の意見等																						
備 考																						

裏面に注意事項を記入 (A4)

(裏面)

注意事項

- 1 この受給資格証明書は、介護保険法第36条に基づき、転出先の市(町村)で、あらためて認定調査等を受けることなく、認定を受けることが可能となるように〇〇市(町村)が交付したもので、被保険者証ではありません。したがって、この証で介護保険の保険給付を受けることはできません。
- 2 住所を異動した先の市(町村)が、新たに介護保険の保険者となり、あなたはその市(町村)の介護保険の被保険者となります。
- 3 住所を異動した際は、直ちにその市(町村)の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して要介護認定・要支援認定等の申請をしてください。
- 4 あなたが、住所を異動した日から14日を過ぎますと、この証明書は無効となりますので十分に注意してください。
- 5 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、介護保険の保険給付が一部受けられなくなる場合がありますので十分に注意してください。