



# 高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名											
999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN											
	被保険者番号	サービス提供年月	支払情報		支払場所・支払期間または振込先情報						支払日または振込日		
			可否	利用者負担金額(円) 決定額(円)	支払方法	支払場所 支払期間	金融機関名	支店名					
	被保険者氏名(漢字)	決定年月				種目	口座番号	口座名義人					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9NZ9N NNZ9NZ9N	N	ZZZ,ZZZ,ZZ9 ZZZ,ZZZ,ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN	NNNNNNNNNNNNNNNNNN 9999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					







介護給付費 払込請求書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査確定額（償還分）を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	払込期限	NNXX年XX月XX日
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	送金先	NNNNNNNNNN
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	口座名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円		

NN XX年 XX月 XX日

NN  
NN

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

領 収 書

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 殿

NN XX年 XX月審査確定額（償還分）を下記のとおり領収いたしました。

内 訳	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	(取扱店)
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	

年 月 日

取扱店の領収印のないものは無効です。

NN  
NN

振込人 取扱銀行 振込人 NNNN 国民健康保険団体連合会 NNN

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日	実施印																		
先方銀行	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	権記																		
受取人	<table border="1"> <tr> <td>預金種目</td> <td>NN</td> <td>口座番号</td> <td>XXXXXX</td> <td>金額</td> <td>ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円</td> </tr> <tr> <td>7桁ナ</td> <td colspan="5">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="5">NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN</td> </tr> </table>	預金種目	NN	口座番号	XXXXXX	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN					私照合印
預金種目	NN	口座番号	XXXXXX	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円															
7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN																			
依頼人	<table border="1"> <tr> <td>7桁ナ</td> <td colspan="5">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="5">NNNNNNNNNN 殿</td> </tr> </table>	7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					氏名	NNNNNNNNNN 殿					<p>(おねがい)</p> <p>1.この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱い下さい。</p>						
7桁ナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
氏名	NNNNNNNNNN 殿																			

公 金

備考  
介護保険給付費の審査支払確定額（償還分）  
支払年月 XX年 XX月  
払込期限 XX年 XX月 XX日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護給付費 振込通知書

NN XX年 XX月 審査分（償還分）

( 経由 )

NNNN 国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	口座番号	収入科目
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	款 目 前
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX
	NNNNNNNNNN	ZZZ,ZZZ,ZZZ,ZZ9 円	XXXXXXXX	XX XX XX XX

振込人 取扱銀行 連合会







## 認定調査委託料支払一覧表

NNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名								
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN								
事業所番号	被保険者番号	調査依頼日	調査実施日	調査票受領日	請求額 (円)	消費税額 (円)	支払額 (円)	消費税額 (円)	備考
事業所名									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									
9999999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN									





# 共同処理用市町村特別給付更新結果

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日

# 共同処理用市町村特別給付情報

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9
------	---

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日
999999	NNNNNNNNNNNNNNNN	999999	999999	NN	99	年	99	月	99	日	NN	99	年	99	月	99	日









# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

## (基本情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
-------	------------

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

### 申請（開設）者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

### 代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		職名	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNN	
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

法人種別	99
------	----

市町村番号	999	地域区分	9
-------	-----	------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

## (サービス情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
サービスコード	999999

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

### 管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999		
	XX		
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NN		
	NN		
NNNN			

事業開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業休止年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業廃止開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業再開年月日	NN	99	年	99	月	99	日

### 事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
	XX				
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN				
	NN				
NNNN					

市町村特別給付	
登録保険者番号	999999
受領委任	9
登録開始年月日	NN 99 年 99 月 99 日
登録終了年月日	NN 99 年 99 月 99 日

生活保護の指定	9
---------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報

## (基本情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
-------	------------

異動区分	9
------	---

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

### 申請（開設）者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		FAX番号	XXXXXXXXXXXX
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

### 代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		職名	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNN	
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

法人種別	99
------	----

市町村番号	999	地域区分	9
-------	-----	------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報

## (サービス情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号	9999999999
サービスコード	999999

異動区分	9
------	---

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

### 管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
住所	999-9999		
	XX		
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
	NN		
	NN		
NNNN			

事業開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業休止年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業廃止開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日
事業再開年月日	NN	99	年	99	月	99	日

### 事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	FAX番号	XXXXXXXXXXXX
	XX				
	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN				
	NN				
NNNN					

市町村特別給付	
登録保険者番号	999999
受領委任	9
登録開始年月日	NN 99 年 99 月 99 日
登録終了年月日	NN 99 年 99 月 99 日

生活保護の指定	9
---------	---





# 共同処理用保険者情報更新結果

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	999999
-------	--------

異動区分	9
訂正区分	9

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

## 口座情報

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号	
9999	-	999	NNN	9999999
口座名義人(カナ)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
振込依頼人コード	9999999999			

## 問い合わせ先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
住所	999-9999	電話番号	XXXXXXXXXXXX	
	XX			
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
	NN			
	NN			
備考	NN			
	NNNNNNNNNNNN			

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費	9999999
	居宅介護住宅改修費	99999999
	居宅支援福祉用具購入費	9999999
	居宅支援住宅改修費	99999999



# 共同処理用受給者異動連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

証記載 保険者番号										
被保険者番号										

異動区分	1:新規 2:変更
異動事由	01:資格取得 02:資格喪失 03:広域連合における市町村間異動 99:その他

異動年月日	平成		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

## 基本情報

氏名		電話番号	
住所			帳票出力順序コード

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止									
開始年月日	平成	年	月	日	区分	対象サービス 種類コード			
終了年月日	平成	年	月	日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象				

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)									
世帯所得区分	1:低所得者等以外 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護								
所得区分	1:低所得者以外 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護								
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り								



# 共同処理用受給者情報更新結果

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

証記載 保険者番号	999999
被保険者番号	XXXXXXXXXX

異動区分	9	異動事由	9
訂正区分	9		

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

## 基本情報

氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						電話番号	XXXXXXXXXXXX	
住所	999	-	9999	XX				帳票出力順序コード	999
					XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NN								
NNNNNNNNNNNNNNNNNN									

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止																			
開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日	区分	対象サービス 種類コード	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日	9		99	99	99	99	99	99	99	99	99	99

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	XXXXXXXXXX
世帯所得区分	9
所得区分	9
老齢福祉年金受給の有無	9

# 共同処理用受給者情報

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

証記載 保険者番号	999999
被保険者番号	XXXXXXXXXX

異動区分	9	異動事由	99
------	---	------	----

異動年月日	NN	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	NN	99	年	99	月	99	日

## 基本情報

氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						電話番号	XXXXXXXXXXXX		
住所	999	-	9999	XX					帳票出力順序コード	999
							XXXXXXXXXXXX			
	NN									
NNNNNNNNNNNNNNNNNN										

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止																		
開始年月日	NN	99	年	99	月	99	日	区分	対象サービス 種類コード	99	99	99	99	99	99	99	99	99
終了年月日	NN	99	年	99	月	99	日	9		99	99	99	99	99	99	99	99	99

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	XXXXXXXXXX
世帯所得区分	9
所得区分	9
老齢福祉年金受給の有無	9



# 要介護認定・要支援認定有効期間終了のお知らせ

〒123-45XX  
県××市×××1-2-3

介護 太郎  
様

あなたの要介護認定・要支援認定期間が、平成12年9月30日をもって終了いたしますので、お知らせします。

被保険者番号	14207700XX	フリガナ	カゴ 太郎
		被保険者氏名	介護 太郎
要介護認定期間	平成12年4月1日 ~ 平成12年9月30日	要介護状態区分	要介護1

要介護認定・要支援認定の更新を行う場合は、同封の「要介護更新認定・要支援更新認定申請書」に必要事項を記入し、被保険者証を添えて、認定有効期間終了日の30日前までに下記宛に提出してください。

## 【提出・問い合わせ先】

〒123-45XX  
県××市 1-2-3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

( 00001 )

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

様

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号	1 4 2 0 7 7 0 0 X X	申請年月日	平成 年 月 日
	フリガナ	カゴ 太郎	生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日
	氏名	介護 太郎	性別	男
	住所	〒123-45XX 県××市×××1-2-3 電話番号 XXX(XXX)XXXX		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 要介護 1 有効期間 平成 12 年 4 月 1 日 から 平成 12 年 9 月 30 日		
	介護保険施設入院・入所の有無(短期入所を除く)	有	入院・入所施設名 所在地	
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地		

提 出 代 行 者	名称	該当に (居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 印
	住所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

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
特定疾病名	

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

( 00001 )



保険者 番号	0	4	2	0	X	X
-----------	---	---	---	---	---	---

整理 番号	0	0	0	5	0	6	0	0	0	1
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

申請年月日	平成	1	2	年	5	月	6	日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---

平成	1	2	年	4	月分
----	---	---	---	---	----

被 保 険 者	被保険者 番号	1	4	2	7	0	0	0	2	X	X	
	(刀ガナ)	加コ 知コ										
	氏名	介護 太郎										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性 別	1. 男 2. 女						
		5	年	1		月	1	日				
	要介護 状態区分	支援・1 2・3・4・5										
認定有効 期間	平成	1	2	年	4	月	1	日	から			
	平成	1	2	年	9	月	3	0	日	まで		

支 払 方 法													
窓 口 払						口座払							
支払場所						振込先	金融機関	銀行					
							××支店						
口座種目	普通												
支払期間							口座番号	1	2	3	4	5	X
						口座名義人	加コ 知コ						

合 計 額	保険請求額				9	0	0	0	0
	自己負担額				1	0	0	0	0

3	枚中	1	枚目
---	----	---	----





# 介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX  
県××市×××1-2-3

介護 太郎  
様

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	介護 太郎	被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
受付年月日	平成 12 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 12 年 11 月 15 日									
本人支払額	、 円											
給付の種類	通所リハビリテーション、福祉用具貸与、住宅改修											
支給	する	支給金額	XX,XXX 円									
不支給の理由												

支 払 方 法										
		口座払								
お持ち いただく もの	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	銀行							
			本店							
支払場所		振込先	口座種目	普通						
支払期間			口座番号	1	2	3	4	5	X	X
			口座名義人	カ行 ハコ						

問い合わせ先  
〒123-45XX  
県××市 1-2-3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

## 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 介護保険審査会に審査請求をすることができます。

( 00001 )



# 振込依頼書

銀行 \_\_\_\_\_ 様  
 支店 \_\_\_\_\_  
 依頼人 \_\_\_\_\_ 市

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	1	/	1

取組指定日	年	月	日
-------	---	---	---

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料	概要
銀行 支店	7	12345XX	( 14207700XX ) 介護 太郎	50,000			
銀行 支店	7	34567XX	( 14207800XX ) 介護 次郎	30,000			
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
		小計	2 件	80,000	件		
		合計	2 件	80,000	件		

\* 種目  
 普通預金...J  
 当座預金...ト  
 その他 ...J



# 介護給付費通知書

〒123-45XX  
県××市××× 1 - 2 - 3

介護 太郎 様

被保険者番号：14207700XX

あなたの 平成 12 年 4 月 ~ 平成 12 年 5 月における介護給付費は以下のとおりです。

【問い合わせ先】

〒123 - 45XX  
県××市 1 - 2 - 3

××市

介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

サービス月	サービス事業所	サービス種類	サービス費用合計額 (円)
平成12年 4月	訪問介護事業所	訪問介護	20,000
	訪問看護事業所	訪問看護	10,000
平成12年 5月	訪問介護事業所	訪問介護	20,000
	訪問看護事業所	訪問看護	10,000
	福祉用具貸与事業所	福祉用具貸与	240,000
		計	300,000

サービス費用合計額は、あなたが介護サービスを受けたときにお支払いになった金額を含む総額を記載しています。

( 000001 )





# 介護保険高額介護（居宅支援）サービス費給付判定結果

平成 13 年 3 月

フリガナ	カゴ 知		保険者番号			0	4	2	0	X	X	
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	X	X
受付年月日	平成 13 年 4 月 10 日		性別	男								
決定年月日	平成 13 年 4 月 29 日											
本人支払額	、 円											
支給区分コード	①. 支給 2. 不支給		支給金額	、 円								
支払方法区分コード	①. 口座 2. 窓口											
不支給理由												

口座振替 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 3. その他	1	2	3	4	5	X	X
	フリガナ	カゴ 知									
	口座名義人	介護 太郎									

窓口払い欄	支払場所										
	支払期間	開始	年 月 日								
		終了	年 月 日								



〒123 - 45XX  
県××市××× 1 - 2 - 3

介護 太郎 様

## 高額介護サービス費給付のお知らせ

下記のとおり、介護保険法51条による高額介護給付費の支給対象となる可能性  
がありますのでお知らせします。

### 記

フリガナ 被保険者氏名	加藤 太郎 介護 太郎	男	保険者番号	0420XX
生年月日	昭和 3 年 7 月 9 日		被保険者番号	14207700XX
対象年月	平成 12 年 5 月			
自己負担金額	30,000 円	支給(予定)金額	5,400 円	

支給を希望する場合は、同封の「高額介護(居宅支援)サービス費支給申請書」を  
下記宛に提出してください。

#### 【提出・問い合わせ先】

〒123 - 45XX  
県××市 1 - 2 - 3

××市

介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

( 00001 )

# 介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

平成 12 年 5 月

フリガナ	かご ちの			保険者番号	0 4 2 0 7 7									
被保険者氏名	介護 太郎			被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日 生			性別	男									
住所	県 × × 市 1 - 2 - 3			電話番号	XXX (XXX) XXXX									
該当月分の 支払額合計	、 円													
世帯構成	世帯主	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									
	世帯員													
<p>様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者</p> <p>氏名 印</p>														

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります  
 ・ この申請書の裏面に領収書を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 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 3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

市（町村）記入欄

区 分	世帯集約番号	領収書確認欄	給付制限状況	備 考
1 単独			有・無 給付割合	
2 合算				

( 000001 )





# 高額介護（居宅支援）サービス費支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX 県××市×××1-2-3
介護 太郎 様

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	介護 太郎	被保険者番号	14207700XX
受付年月日	平成 12 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 12 年 11 月 15 日
本人支払額	、 円		
給付の種類	通所リハビリテーション、福祉用具貸与、住宅改修		
支給	する	支給金額	XX,XXX 円
不支給の理由			

支 払 方 法			
* * *		口座払	
お持ち いただく の	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	銀行
			本店
支払場所		振込先	口座種目 普通
支払期間		口座番号	12345XX
		口座名義人	カ行 ハコ

問い合わせ先  
〒123-45XX  
県××市 1-2-3

××市 介護保険課

電話番号 XXX(XXX)XXXX

## 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 介護保険審査会に審査請求をすることができます。

( 00001 )



# 振込依頼書

銀行 \_\_\_\_\_ 様  
 支店 \_\_\_\_\_  
 依頼人 \_\_\_\_\_ 市

提出日	年	月	日
頁 / 枚数	1	/	1

取組指定日	年	月	日
-------	---	---	---

銀行名(上段) 支店名(下段)	種目	口座番号	受取人	金額 (円)	振込区分	手数料	概要
銀行 支店	7	12345XX	( 14207700XX ) 介護 太郎	50,000			
銀行 支店	7	34567XX	( 14207800XX ) 介護 次郎	30,000			
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
			(            )				
		小計	2 件	80,000	件		
		合計	2 件	80,000	件		

\* 種目  
 普通預金...J  
 当座預金...ト  
 その他 ...J

介護給付費 払込請求書

市 殿

平成 12年 5月審査確定額（償還分）を下記のとおり払込み下さい。

内 訳	金額	1,420,655 円	払込期限	平成12年 6月 30日
	居宅介護サービス	1,256,870 円	送金先	銀行 支店
	施設介護サービス	13,785 円	口座名	株式会社 国民健康保険団体連合会
	居宅介護住宅改修	50,000 円		
	高額介護サービス	100,000 円		

平成 12年 6月 10日

理事長印

振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

領 収 書

市 殿

平成 12年 5月審査確定額（償還分）を下記のとおり領収いたしました。

内 訳	金額	1,420,655 円	(取扱店)
	居宅介護サービス	1,256,870 円	
	施設介護サービス	13,785 円	
	居宅介護住宅改修	50,000 円	
	高額介護サービス	100,000 円	

年 月 日

理事長印

取扱店の領収印のないものは無効です。  
振込人 取扱銀行 振込人 県 国民健康保険団体連合会 理事長

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日	実施印
先方銀行	銀行 支店	権記
受取人	預金種目 普通 口座番号 1234567 金額 1,420,655 円	私照合印
依頼人	氏名 国民健康保険団体連合会 氏名 市 殿	(おねがい) 1. この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱い下さい。

公 金

備考
介護保険給付費の審査支払確定額（償還分）
支払年月 12年 6月
払込期限 12年 6月 30日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

介護給付費 振込通知書

平成 12年 5月 審査分（償還分）

( 経由 )

県 国民健康保険団体連合会 殿

内 訳	金額	1,420,655 円	口座番号	収入科目		
	居宅介護サービス	1,256,870 円	1234567	款	項	目
	施設介護サービス	13,785 円	1234567			
	居宅介護住宅改修	50,000 円	1234567			
	高額介護サービス	100,000 円	1234567			

振込人 取扱銀行 連合会









# 共同処理用市町村特別給付異動連絡票

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日									
8111XX		XXXXXXXX	XXXXXXXX	平成		年		月		日	平成		年		月		日
8122XX	× × × × ×	XXXXXXXX	XXXXXXXX	平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日

保険者 国保連

# 共同処理用市町村特別給付訂正連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名
市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	日
訂正年月日	平成	1	3	年	0	5	月	0	8	日

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日			
8111XX		XXXXXX	XXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日
8122XX	× × × × ×	XXXXXX	XXXXXX	平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日
				平成	年	月	日	平成	年	月	日

# 共同処理用市町村特別給付更新結果

平成 13 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名
市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
				平成	年	月	日	平成	年	月	日						
811111		XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
812222	x x x x x x	XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日

# 共同処理用市町村特別給付情報

平成 13 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名
市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	点数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日						
				平成	年	月	日	平成	年	月	日						
811111		XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
812222	x x x x x x	XXXXXX	XXXXXX	平成	13	年	04	月	01	日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日
				平成		年		月		日	平成		年		月		日

保険者 国保連

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

## (基本情報)

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

### 申請（開設）者

氏名	シキョウシヤ										シロウ										電話番号										0	1	2	-	3	4	5	-	6	7	X	X
	事業者										二郎										FAX番号										0	1	2	-	3	4	5	-	6	6	X	X
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3										
	県										×	×	市										1	-	2	-	3															

### 代表者

氏名	シキョウシヤ										イチロウ										職名																					
	事業者										一郎										理事																					
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3										
	県										×	×	市										1	-	2	-	3															

法人種別	0	1
------	---	---

市町村番号	1	2	3	地域区分	1
-------	---	---	---	------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報異動連絡票

## (サービス情報)

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
サービスコード	1	1	1	1	1	1				

異動区分	1:新規	2:変更	3:終了
------	------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

### 管理者

氏名	シキヨウシャ シロウ									
	事業者 二郎									
住所	123-45XX									
	マルマルケンハツハツシサンカクサンカク1-2-3									
	県××市 1-2-3									

事業開始年月日	平成	13	年	04	月	01	日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

### 事業所

氏名	シキヨウシャ イチロウ									
	事業者 一郎									
住所	123-45XX 電話番号 012-345-67XX FAX番号 012-345-66XX									
	マルマルケンハツハツシサンカクサンカク1-2-3									
	県××市 1-2-3									

市町村特別給付							
登録保険者番号	0	4	2	0	X	X	
受領委任	1:なし 2:あり						
登録開始年月日	平成	13	年	04	月	01	日
登録終了年月日	平成		年		月		日

生活保護の指定	1:なし	2:あり
---------	------	------



# 共同処理用市町村特別給付事業所情報訂正連絡票

## (サービス情報)

平成 13 年 7 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
サービスコード	1	1	1	1	1	1				

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	06	月	10	日

### 管理者

氏名																				
住所	-																			

事業開始年月日	平成		年		月		日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

### 事業所

氏名																									
住所	-	電話番号	0	1	2	-	6	7	8	-	9	0	X	X	FAX番号										

市町村特別給付							
登録保険者番号							
受領委任	1:なし 2:あり						
登録開始年月日	平成		年		月		日
登録終了年月日	平成		年		月		日

生活保護の指定	1:なし 2:あり
---------	-----------

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

## (基本情報)

平成 13 年 05 月 04 日

1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
-------	------------

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

### 申請（開設）者

氏名	シギョウヤ シロ		電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎		FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルマルケンパ ツバ ツシサンカクサンカク1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

### 代表者

氏名	シギョウヤ 伊吹		職名	
	事業者 一郎		理事	
住所	123-45XX	マルマルケンパ ツバ ツシサンカクサンカク1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3			

法人種別	01
------	----

市町村番号	123	地域区分	1
-------	-----	------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報更新結果

## (サービス情報)

平成 13 年 05 月 01 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
サービスコード	8111XX

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

### 管理者

氏名	シキョウシャ シロ		
	事業者 二郎		
住所	123-45XX		
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3		

事業開始年月日	平成	13	年	04	月	01	日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

### 事業所

氏名	シキョウシャ 伊ロ				
	事業者 一郎				
住所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3				
	県××市 1 - 2 - 3				

市町村特別給付	
登録保険者番号	0420XX
受領委任	1
登録開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

生活保護の指定	1
---------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報

## (基本情報)

平成 13 年 05 月 04 日

1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
-------	------------

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

### 申請（開設）者

氏名	シギョウヤ シロ			電話番号	023-456-77XX
	事業者 二郎			FAX番号	023-456-77XX
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツシサカクサンカク1-2-3			
	県××市 1 - 2 - 3				

### 代表者

氏名	シギョウヤ 伊吹			職 名	
	事業者 一郎			理事	
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツシサカクサンカク1-2-3			
	県××市 1 - 2 - 3				

法人種別	01
------	----

市町村番号	123	地域区分	1
-------	-----	------	---

# 共同処理用市町村特別給付事業所情報

## (サービス情報)

平成 13 年 05 月 01 日 1 頁

保険者名
××市

事業所番号	12345678XX
サービスコード	8111XX

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

### 管理者

氏名	シキョウシャ シノ		
	事業者 二郎		
住所	123-45XX		
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3		
	県××市 1 - 2 - 3		

事業開始年月日	平成	13	年	04	月	01	日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止開始年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

### 事業所

氏名	シキョウシャ 伊ノ				
	事業者 一郎				
住所	123-45XX	電話番号	023-456-77XX	FAX番号	023-456-77XX
	マルマルケンパ ツバ ツシサカクサカ1-2-3				
	県××市 1 - 2 - 3				

市町村特別給付	
登録保険者番号	0420XX
受領委任	1
登録開始年月日	平成 13 年 04 月 01 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

生活保護の指定	1
---------	---

# 共同処理用保険者異動連絡票

平成 13 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

異動区分	1:新規	2:変更
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

## 口座情報

×										1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合			×			1.本店 2.支店 3.出張所				
金融機関コード				支店コード			1.普通預金 2.当座預金 3.その他			口座番号										
1	2	3	4	-	1	2	3	1	2	3	4	5	X	X						
口座名義人(カナ)				カ イ コ タ ロ ウ																
振込依頼人コード				1 1 1 1 1 1 1 1 X X																

## 問い合わせ先情報

名称1	×	×	市																										
名称2	介	護	保	険	課																								
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	電話番号			0	1	2	-	3	4	5	-	1	2	X	X						
	マルマルケンハツハツシサンカクサンカク1-1-1																												
				県	×	×	市	1	-	1	-	1																	
備考																													

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費																
	居宅介護住宅改修費																
	居宅支援福祉用具購入費																
	居宅支援住宅改修費																

# 共同処理用保険者訂正連絡票

平成 13 年 7 月 1 日

1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1	2	3	4	X	X
-------	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:訂正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	06	月	05	日

## 口座情報

金融機関コード										支店コード			1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用組合	口座番号										1. 本店 2. 支店 3. 出張所								
9	8	7	6	-	5	4	3	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他			9	8	7	6	5	X	X															
口座名義人(カナ)										カ イ コ										タ ロ ウ												
振込依頼人コード										1										1										1		

## 問い合わせ先情報

名称1																				
名称2																				
住所											電話番号									
備考																				

## 償還払給付額管理処理情報

支給 限度 基準 額	居宅介護福祉用具購入費										
	居宅介護住宅改修費										
	居宅支援福祉用具購入費										
	居宅支援住宅改修費										

# 共同処理用保険者情報更新結果

平成 13 年 06 月 01 日

1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

## 口座情報

× 銀行		× 支店			
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号		
1234	- 123	普通	12345XX		
口座名義人(カナ)	ハツハツ				
振込依頼人コード	1111111111				

## 問い合わせ先情報

名称 1	××市			
名称 2	介護保険課			
住所	123-45XX		電話番号	023-456-78XX
	マルマルケンバ ツバツサカサカ1-1-1			
	県××市 1-1-1			
備考				

## 償還払給付額管理処理情報

支給限度基準額	居宅介護福祉用具購入費	
	居宅介護住宅改修費	
	居宅支援福祉用具購入費	
	居宅支援住宅改修費	

# 共同処理用保険者情報

平成 13 年 06 月 01 日 1 頁

保険者名
××市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

## 口座情報

× 銀行		× 支店			
金融機関コード	支店コード	口座種目	口座番号		
1234	- 123		12345XX		
口座名義人(カナ)	ハツハツ				
振込依頼人コード	1111111111				

## 問い合わせ先情報

名称 1	××市			
名称 2	介護保険課			
住所	123-45XX		電話番号	023-456-78XX
	マルマルケンバ ツバツサカサカ1-1-1			
	県××市 1-1-1			
備考				

## 償還払給付額管理処理情報

支給 限度 基準 額	居宅介護福祉用具購入費	
	居宅介護住宅改修費	
	居宅支援福祉用具購入費	
	居宅支援住宅改修費	

# 共同処理用受給者異動連絡票

平成 13 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1	2	3	4	X	X				
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X

異動区分	1:新規 2:変更
異動事由	01:資格取得 02:資格喪失 03:広域連合における市町村間異動 99:その他

異動年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 基本情報

氏名	介 護 太 郎	電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	6	7	X	X																
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	ケ	ン	ハ	ツ	ハ	ツ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3
	県		×	×	市	1	-	2	-	3	帳票出力順序コード														1	1	1			
			×	×	市	1	-	2	-	3																				

## 償還払給付額管理処理情報

保険給付の一時差止																											
開始年月日	平成	1	2	年			月			日	区分										対象サービス 種類コード						
終了年月日	平成	1	3	年	×	×	月	×	×	日	1:非対象 2:一部サービス対象 3:全サービス対象																

## 高額介護サービス費支給処理情報

世帯主被保険者番号 (世帯集約番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	X	X
世帯所得区分	1:低所得者等以外 2:市町村民税世帯非課税者等 3:生活保護									
所得区分	1:低所得者以外 2:市町村民税非課税者等 3:生活保護									
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し 2:受給有り									