

### 3.4 国保連合会への委託について

#### 3.4.1 給付系保険者事務共同処理における委託の相関関係

給付系保険者事務共同処理は、審査支払業務により構築される情報(給付実績、台帳情報等)及び給付系保険者事務共同処理の各業務により構築される情報(給付実績等)を基に行う業務である。したがって、審査支払業務委託が必須となるとともに、各業務を委託する形態として、個別の委託が可能な業務、同時委託が望ましい業務(同時委託しない場合、業務に制限が発生する業務)及び同時委託(または実績報告)が必須の業務に分類できる。

以下にその相関関係を示す。

委託業務	同委託業務 要介護認定 更新支援 処理	償還払 給付額 管理処理	介護給付費 通知作成 処理	高額介護 サービス費 支給処理	市町村 特別給付等 支払処理	各種支払 支援処理	主治医 意見書料 支払処理	認定調査 委託料 支払処理
要介護認定更新支援処理								
償還払給付額管理処理								
介護給付費通知作成処理			1	2	3			
高額介護サービス費支給処理			4					
市町村特別給付等支払処理								
各種支払支援処理			5	6				
主治医意見書料支払処理								
認定調査委託料支払処理								

凡例： 同時委託(または実績報告)必須、 同時委託推奨

#### (1) 要介護認定更新支援処理

- ・ 相関関係なし(個別の委託が可能)。

#### (2) 償還払給付額管理処理

- ・ 相関関係なし(個別の委託が可能)。

#### (3) 介護給付費通知作成処理

##### 同時委託推奨業務

- ・ 償還払給付額管理処理 1

償還払給付額管理処理の委託を行わない場合、介護給付費通知書に償還払分の給付実績が反映されないこととなる。

- ・ 高額介護サービス費支給処理 2

高額介護サービス費支給処理の委託を行わない場合、介護給付費通知書に高額介護サービス費の給付実績が反映されないこととなる。

- ・市町村特別給付等支払処理 3

市町村特別給付等支払処理の委託を行わない場合、介護給付費通知書に市町村特別給付の給付実績が反映されないこととなる。

(4) 高額介護サービス費支給処理

同時委託(または償還払給付実績報告)が必須業務

- ・償還払給付額管理処理 4

償還払給付額管理処理の委託(または償還払いの給付実績報告)を行わない場合、正確な高額介護サービス費の算定ができないこととなる。

(5) 各種支払支援処理

同時委託必須業務

- ・償還払給付額管理処理 5

償還払給付額管理処理で作成されたデータを使用するため。

- ・高額介護サービス費支給処理 6

高額介護サービス費支給処理で作成されたデータを使用するため。

(6) 主治医意見書料支払処理

- ・相関関係なし(個別の委託が可能)。

(7) 認定調査委託料支払処理

- ・相関関係なし(個別の委託が可能)。

3.4.2 給付系保険者事務共同処理の委託と共同処理用情報との関係

国保連合会に給付系保険者事務共同処理を委託する場合、その業務毎に必要な共同処理用情報がある。委託業務と必要となる共同処理用情報との関係を以下に示す。

委託業務 共同処理用情報	要介護認定 更新支援 処理	償還払 給付額 管理処理	介護給付費 通知作成 処理	高額介護 サービス費 支給処理	市町村 特別給付等 支払処理	各種支払 支援処理	主治医 意見書料 支払処理	認定調査 委託料 支払処理
共同処理用 市町村特別給付情報								
共同処理用 市町村特別給付事業者情報								
共同処理用保険者情報 (基本情報)								
共同処理用保険者情報 (償還払給付額管理処理情報)								
共同処理用受給者情報 (基本情報)								
共同処理用受給者情報 (償還払給付額管理処理情報)								
共同処理用受給者情報 (高額介護サービス費支給 処理情報)								

凡例: 委託する場合に必須

### 3.5 帳票イメージ





# 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 険 者	被保険者番号	X X X X X X X X X X X	申請年月日	NN 年 月 日	
	フリガナ	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	生年月日	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日	
	氏 名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	性別	N	
	住 所	NXXXXXXXXX NN NN 電話番号 XXXXXXXXXXXX			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 NNNN			
		有効期間 NN Z9 年 Z9 月 Z9 日 から NN Z9 年 Z9 月 Z9 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

( 999999 )



保険者 番号															
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

整理 番号															
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日	平成			年			月			日
-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

被 保 険 者	被保険者 番号																					
	(フリガナ)																					
	氏名																					
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和						性別	1.男 2.女													
	要介護 状態区分	支援・1・2・3・4・5																				
	認定有効 期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			日

支 払 方 法												
窓 口 払						口 座 払						
支払場所						振込先	金融機関					
							口座種目					
支払期間							口座番号					
							口座名義人					

合 計 額	保険請求額										
	自己負担額										

加除第2号

	枚中		枚目
--	----	--	----















# 介護給付費通知書

NXXXXXXXXX  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

被保険者番号： XXXXXXXXXX

あなたの NN 29 年 29 月 ~ NN 29 年 29 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】

NXXXXXXXXX  
 NNN  
 NNN

NN  
 NNN

電話番号 XXXXXXXXXX

NN

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	サービス 日数／回数	利用者負担額 合計額（円）	サービス費用 合計額（円）
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29
NN29N29N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	29	ZZZ, ZZZ, Z29	ZZZ, ZZZ, Z29

※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。  
 ※この通知によって、支払を行う必要はありません。

( 99999 )







# 介護保険高額介護（居宅支援）サービス費給付判定結果

年 月

フリガナ				保険者番号									
被保険者氏名				被保険者番号									
受付年月日	年	月	日	性別									
決定年月日	年	月	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							
					9. その他									
	フリガナ													
口座名義人														

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

国保連→保険者

# 高額介護サービス費給付対象者一覧表

NN 29 年 29 月 29 日 ZZZZ29 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名											
999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN											
No.	被保険者番号		サービス提供年月	事業所番号		サービス種類コード		サービス費用合計額 (円)		算定基準額 (B) (円)		高額支給額 (A)-(B)-(C)※ (円)	備考
	被保険者氏名 (漢字)			事業所名		サービス種類名		利用者負担額 (A) (円)		支払済金額 (C) (円)			
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		
999999	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9N	9999999999	99	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	ZZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNN		

1  
4  
8  
1

※(A)-(B)がマイナス値の場合、高額支給額は(A)-(B)-(C)でなく-(C)とする

NXXXXXXXX  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN N

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

記

フリガナ 被保険者氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	N	保険者番号	99999					
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		被保険者番号	X	X	X	X	X	X
生年月日	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日								
サービス提供 年月	NN Z9 年 Z9 月								
自己負担金額	ZZZ, ZZZ, ZZ9 円		NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN		ZZZ, ZZZ, ZZ9 円				

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

【提出・問い合わせ先】  
 NXXXXXXXX  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
 電話番号 XXXXXXXXXXX

( 99999 )

加  
除  
第  
号





# 高額介護サービス費支給(不支給) 決定者一覧表

NN Z9 年 Z9 月 Z9 日 ZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名						
999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN						
No.	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
	被保険者氏名(漢字)	決定年月	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 種目 口座番号 口座名義人		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
999999	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	NNZ9N29N NNZ9N29N	N	ZZZ, ZZZ, ZZ9 ZZZ, ZZZ, ZZ9	NN	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNN 9999999 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		

— 452 —

NN  
NN

NXXXXXXX  
NN  
NN  
NN  
NN  
NN

NN  
NN

被保険者氏名	NN	被保険者番号	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 33.33%; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X										
X	X	X										
X	X	X										

サービス提供年月	NN Z9 年 Z9 月		
受付年月日	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日	決定年月日	NN Z9 年 Z9 月 Z9 日
本人支払額	ZZZ, ZZZ, ZZ9 円		
給付の種類	NN NN NN NN		
支給	NNN	NNNNNNNNNNNN	ZZZ, ZZZ, ZZ9 円
不支給の理由	NN NN		

支 払 方 法				
NNN		NNN		
お持ち いただく 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	NN
	口座種目		NNN	
支払場所	NN	口座番号		9 9 9 9 9 9
支払期間	NN Z9 N Z9 N Z9 NNN NN Z9 N Z9 N Z9 N NN NN NN NN Z9 NNN N Z9 N	口座名義人	XX	

問い合わせ先  
NXXXXXXX  
NN  
NN

NN

電話番号 XXXXXXXXXXXXX

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、NN介護保険審査会に審査請求をすることができます。
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、NNに対して提起することができます。
  - (1) 審査請求があつた日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
  - (2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

加  
除  
第  
三  
号





# 振込依頼書

NNNNNNNNNNNNNNNNN  
 NNNNNNNNNNNNNNNNN 様  
 依頼人 NNNNNNNNNNNNNNNNN

提出日	年	月	日
頁/枚数	ZZZZZZZ9 /		ZZZZZZZ9

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 (円)	概要
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
NNNNNNNNNNNNNNNN NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	X	9999999	( XXXXXXXXXX ) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ZZZ, ZZZ, ZZ9			
小計			ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件		
合計			ZZZZZ9 件	ZZZ, ZZZ, ZZ9	件		

\* 種目  
 普通預金…フ  
 当座預金…ト  
 その他 …ツ

加除簿









# 認定調査委託料支払一覧表

NN Z9 年 Z9 月 Z9 日 ZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号		保険者名								
999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN								
事業所番号 事業所名	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	
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										
999999999	XXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN										

- 460 -



















# 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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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			
		XXXXXXXXXXXXXXX			
	NN				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNN				

1  
4  
6  
9  
1

### 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更新結果

## (サービス情報)

NN 99 年 99 月 99 日 ZZZZ9 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
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

- 470 -

### 事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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		
		XXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			

### 代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		職名	
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			NNNNNNNNNNNN
住所	999-9999	XX		
		XXXXXXXXXXXXXX		
	NN			
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			

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
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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		
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN		
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				
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				
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
---------	---

# 共同処理用保険者異動連絡票

保険者名

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

異動区分	1:新規 2:変更
------	-----------

異動年月日	平成					年					月					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	1. 本店 2. 支店 3. 出張所
1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座番号			
口座名義人(カナ)					
振込依頼人コード					

## 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															

# 共同処理用保険者訂正連絡票

平成 年 月 日 頁

保険者名

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

訂正区分	2:訂正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成			年			月			日
訂正年月日	平成			年			月			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 9. その他	口座番号
口座名義人（カナ）			
振込依頼人コード			

## 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								

- 474 -

# 共同処理用保険者情報更新結果

NN 99 年 99 月 99 日

1 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

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		NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	
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)	XX		
振込依頼人コード	9999999999		

## 問い合わせ先情報

名称1	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
名称2	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
住所	999-9999		電話番号	XXXXXXXXXXXX
	XX			
	XXXXXXXXXXXX			
	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	9999999
	居宅支援福祉用具購入費	9999999
	居宅支援住宅改修費	9999999

# 共同処理用保険者情報

NN 99 年 99 月 99 日

1 頁

保険者名
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	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

## 口座情報

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN				NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			
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)	XX						
振込依頼人コード	9999999999						

1 4 7 6 1

## 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			
	XXXXXXXXXXXXXXXX			
	NN			
	NN			
備考	NNNNN			
	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













# 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  
〇〇県××市〇〇〇1-2-3

××市

介護保険課

電話番号 XXX (XXX) XXXX

( 000001 )

# 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 険 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	かご 知										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 〇〇県××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

( 000001 )



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
	(フリガナ)	カノウ 知ウ									
	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					
	要介護 状態区分	支援・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
支払期間			口座種目	普通
			口座番号	1 2 3 4 5 X X
			口座名義人	カノウ 知ウ

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
---	----	---	----





国保連→保険者

# 償還払不支給決定者一覧表

平成 17年 9月審査分

平成 17年 10月 5日 1頁  
 ○○県国民健康保険団体連合会

保険者番号		保険者名								
1234XX		■■町								
No.	被保険者番号	サービス提供年月	事業所番号	サービス種類コード	単位数/金額	備考				
整理番号	被保険者氏名(漢字)		事業所名称	サービス種類名						
0001	14207700XX		1234567890	32		上限超過				
2001081283	介護 太郎	平成17年8月	(株) 介護保険サービス事業者	認知症対応型共同生活介護	5,000					
0002	17493438XX			41		限度額管理期間内において、同一の種目を購入のため				
2001082930	保険 花子	平成17年8月		福祉用具購入費	18,750	H13.5(腰掛便座)、H13.6(入浴補助用具)				
0003	74381983XX			42		上限超過				
2000109433	給付 次郎	平成17年8月		住宅改修	170,000	H12.8(70,000円)、 H13年4月(100,000円)				

# 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
--------	-------	--------	---------------------

サービス提供年月	平成 17 年 8 月		
受付年月日	平成 17 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 17 年 11 月 15 日
本人支払額	○○、○○○ 円		
給付の種類	居宅介護サービス給付費		
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
		口座種目	普通
支払場所		振込先	口座番号
支払期間			1 2 3 4 5 X X
		口座名義人	加コ` 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

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、○○介護保険審査会に審査請求をすることができます。
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、□□に対して提起することができます。
- （1） 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
- （2） 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
- （3） その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

( 00001 )

加除第3号



# 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 (円)	概要
◇◇銀行 ◆◆◆支店	ㄈ	12345XX	( 14207700XX ) カイク 知	50,000			
◎◎銀行 ○○○支店	ㄈ	34567XX	( 14207800XX ) カイク ジ	30,000			
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
	小計		2 件	80,000	件		
	合計		2 件	80,000	件		

\* 種目  
 普通預金…ㄈ  
 当座預金…ト  
 その他 …ツ

## 介護給付費通知一覧表

集計期間：    平成 12 年 4 月 ~ 平成 12 年 5 月

保険者番号		保険者名							
0420XX		××市							
No.	被保険者番号	被保険者氏名 (カナ) 被保険者氏名 (漢字)	サービス月	事業所番号 事業所名	サービス種類コード サービス種類名	保険給付額 (円)	自己負担額 (円)	公費負担額 (円)	
000001	14207700XX	カゴ 知 介護 太郎	4月	1310100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	18,000	2,000		
				1310200022 訪問看護事業所	13 訪問看護	9,000	1,000		
			5月	1310100011 訪問介護事業所	11 訪問介護	18,000	2,000		
				1310200022 訪問看護事業所	13 訪問看護	9,000	1,000		
				1310200993 福祉用具貸与事業所	17 福祉用具貸与	216,000	24,000		
			計			270,000	30,000	0	

※公費負担額は期間内の合計です。

# 介護給付費通知書

〒123-45XX  
 ○○県××市×××1-2-3

かこ 知  
 介護 太郎 様

被保険者番号： 14207700XX

あなたの 平成 17 年 10 月 ~ 平成 18 年 1 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

FAX (○○) ××××-□□□□

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	サービス 日数／回数	利用者負担額 合計額 (円)	サービス費用 合計額 (円)
平成17年 10月	福祉施設事業所	福祉施設 I 1	30		
	福祉施設事業所	福祉施設初期加算	30		
	福祉施設事業所	介護福祉施設	30	18,210	182,100
	福祉施設事業所	福祉施設食費	30		
	福祉施設事業所	福祉施設多床室	30		
	福祉施設事業所	特定入所者介護		29,100	51,000
		計		47,310	233,100
平成17年 11月	訪問介護事業所	身体介護 1	30		
	訪問介護事業所	訪問介護	30	6,930	69,300
	訪問介護事業所	車いす貸与	30		
	訪問介護事業所	福祉用具貸与	30	24,000	240,000
		計		30,930	309,300

※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。

※この通知によって、支払を行う必要はありません。

( 000001 )

加除第3号

# 介護給付費通知書（続き）

介護 太郎 様 （ 被保険者番号： 14207700XX ）

平成 17 年 10 月 ～ 平成 18 年 1 月 分

サービス月	サービス事業所	サービス種類 ／サービス略称	サービス 日数／回数	利用者負担額 合計額（円）	サービス費用 合計額（円）
平成17年 12月	訪問介護事業所	身体介護 1	31		
	訪問介護事業所	訪問介護	31	7,161	71,610
		計		7,161	71,610
平成18年 1月	短期入所事業所	単独短期生活 I 1	10		
	短期入所事業所	短期入所生活介護	10	6,410	64,100
	短期入所事業所	短期生活食費	10		
	短期入所事業所	短期生活多床室	10		
	短期入所事業所	特定入所者介護		9,700	17,000
		計		16,110	81,100

※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。  
 ※この通知によって、支払を行う必要はありません。

( 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	〇〇、〇〇〇 円											
支給区分コード	1. 支給	2. 不支給	支給金額	〇〇、〇〇〇 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	〇〇	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	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						

国保連→保険者

# 高額介護サービス費給付対象者一覧表

平成 18 年 7 月 7 日 1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号		保険者名							
0420XX		××市							
No.	被保険者番号	サービス提供年月	事業所番号	サービス種類コード	サービス費用合計額 (円)	算定基準額 (B) (円)	高額支給額 (A)-(B)-(C)※ (円)	備考	
	被保険者氏名 (漢字)		事業所名	サービス種類名	利用者負担額 (A) (円)	支払済金額 (C) (円)			
000001	14207700XX	平成18年 1月	1310100011	11	20,000				
	介護 太郎		訪問介護事業所	訪問介護	2,000				
			1310200022	13	10,000				
			訪問看護事業所	訪問看護	1,000				
			1310200993	17	240,000				
			福祉用具貸与事業所	福祉用具貸与	24,000				
		計			300,000	24,600	5,400	市、市、合	
					30,000	0			

— 496 —

〒123-45XX  
〇〇県××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予定で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	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
サービス提供 年月	平成 17 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  
〇〇県××市〇〇〇1-2-3

××市 介護保険課

電話番号 XXX (XXX) XXXX

( 000001 )

# 介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書

平成 18 年 5 月

フリガナ	かこ 知		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
生年月日	昭和 5 年 1 月 1 日 生		性別	男								
住所	〇〇県××市△△△1-2-3						電話番号 XXX (XXX) XXXX					
		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							
世帯構成	世帯主											
	世帯員											
様 上記のとおり高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。  年 月 日  住所 電話番号 申請者  氏名 印												

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護（居宅支援）サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。  
 ・ また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。  
 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

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 9. 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	給付制限状況	備 考
1 単独		有・無 給付割合	
2 合算			

( 000001 )

加除第3部



## 高額介護サービス費支給(不支給)決定者一覧表

平成 12 年 12 月 1 日

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名												
0420XX	× × 市												
No.	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		
	被保険者氏名(漢字)	決定年月	可否	利用者負担 金額(円)	支払 方法	支払場所 支払期間	金融機関名	支店名	口座番号			口座名義人	
000001	14207700XX 介護 太郎	平成12年 ○月 平成12年 ○月	可	〇〇,〇〇〇 〇〇,〇〇〇	口座	介護銀行 普通		12345XX			本店 カコ'知ウ		

— 500 —

# 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	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
サービス提供年月	平成 17 年 8 月												
受付年月日	平成 17 年 9 月 1 日				決定年月日	平成 17 年 11 月 15 日							
本人支払額	〇〇、〇〇〇 円												
給付の種類	居宅介護サービス給付費												
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	〇〇銀行 本店
		口座種目	普通
支払場所		振込先	口座番号
支払期間			口座名義人
			1 2 3 4 5 X X
			カ行* ハ行

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

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇介護保険審査会に審査請求をすることができます。

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

- (1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

( 000001 )

加除第○号





# 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 (円)	概要
◇◇銀行 ◆◆◆支店	ㄗ	12345XX	( 14207700XX ) カイク 知	50,000			
◎◎銀行 ○○○支店	ㄗ	34567XX	( 14207800XX ) カイク ジ	30,000			
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
			( )				
	小計		2 件	80,000	件		
	合計		2 件	80,000	件		

\* 種目  
 普通預金…ㄗ  
 当座預金…ト  
 その他 …ツ

加除第3部

介護給付費 払込請求書

〇〇市 殿

平成 17 年 11 月 審査確定額 (償還分) を下記のとおり払込み下さい。

金額	17,000 円	払込期限	平成 17 年 12 月 15 日
内訳		送金先	〇×銀行 〇〇支店
居室介護	1,000 円	口座名	フリガナ「フリガナ」
特別居室介護	1,000 円		
施設介護	1,000 円		
特別施設介護	1,000 円		
居室介護計画	1,000 円		
特別居室介護計画	1,000 円		
居室支援	1,000 円		
特別居室支援	1,000 円		
居室支援計画	1,000 円		
特別居室支援計画	1,000 円		
高額介護	1,000 円		
高額居室支援	1,000 円		
市町村特別給付	1,000 円		
特定入所者介護	1,000 円		
特別特定入所者介護	1,000 円		
特定入所者支援	1,000 円		
特別特定入所者支援	1,000 円		

平成 17 年 11 月 30 日

理事長印

〇〇県 国民健康保険団体連合会 理事長

振込人→取扱銀行→振込人

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	〇×銀行 〇〇支店	複製
受取人	フリガナ「フリガナ」 氏名 〇〇県国民健康保険団体連合会	金額 17,000 円
依頼人	フリガナ「フリガナ」 氏名 〇〇市 殿	1. この振込は他の銀行と一纏にすることなく個別にお取扱下さい。

公金

備考  
介護保険給付費の審査支払確定額  
審査年月 17 年 11 月  
払込期限 17 年 12 月 15 日

振込人・取扱銀行 (保管)

出納済印または振替科目

領 収 書

〇〇市 殿

平成 17 年 11 月 審査確定額 (償還分) を下記のとおり領収いたしました。

金額	17,000 円	(取扱店)
内訳		
居室介護	1,000 円	
特別居室介護	1,000 円	
施設介護	1,000 円	
特別施設介護	1,000 円	
居室介護計画	1,000 円	
特別居室介護計画	1,000 円	
居室支援	1,000 円	
特別居室支援	1,000 円	
居室支援計画	1,000 円	
特別居室支援計画	1,000 円	
高額介護	1,000 円	
高額居室支援	1,000 円	
市町村特別給付	1,000 円	
特定入所者介護	1,000 円	
特別特定入所者介護	1,000 円	
特定入所者支援	1,000 円	
特別特定入所者支援	1,000 円	

平成 年 月 日

理事長印

〇〇県 国民健康保険団体連合会 理事長

※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

介護給付費 振込通知書

平成 17 年 11 月 審査分 (償還分)

( 経由 )

〇〇県 国民健康保険団体連合会 殿

金額	17,000 円	口座番号	収入科目
内訳			款 項 目 節
居室介護	1,000 円	1234567	02 01 01 01
特別居室介護	1,000 円	1234567	02 01 02 01
施設介護	1,000 円	1234567	02 01 03 01
特別施設介護	1,000 円	1234567	02 01 04 01
居室介護計画	1,000 円	1234567	02 01 07 01
特別居室介護計画	1,000 円	1234567	02 01 08 01
居室支援	1,000 円	1234567	02 02 01 01
特別居室支援	1,000 円	1234567	02 02 02 01
居室支援計画	1,000 円	1234567	02 02 05 01
特別居室支援計画	1,000 円	1234567	02 02 06 01
高額介護	1,000 円	1234567	02 04 01 01
高額居室支援	1,000 円	1234567	02 04 02 01
市町村特別給付	1,000 円	1234567	02 05 01 01
特定入所者介護	1,000 円	1234567	02 06 01 01
特別特定入所者介護	1,000 円	1234567	02 06 02 01
特定入所者支援	1,000 円	1234567	02 06 03 01
特別特定入所者支援	1,000 円	1234567	02 06 04 01

振込人→取扱銀行→連合会









保険者→国保連

# 共同処理用市町村特別給付異動連絡票

平成 18 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
〇〇市

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	18	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日				給付率引下対象有無						
8111XX	〇〇〇〇〇	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	有り
8122XX	X X X X X	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	無し
				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 18 年 5 月 1 日 1 頁

保険者名
〇〇市

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	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日				有効終了年月日				給付率引下対象有無						
8111X	〇〇〇〇	X	X	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	有り
8122X	××××	X	X	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	無し
				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	

国保連→保険者

# 共同処理用市町村特別給付更新結果

平成 18 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名
〇〇市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
訂正区分	

異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日				給付率引下対象有無			
				平成	年	月	日	平成	年	月	日							
811111	〇〇〇〇〇〇	XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年		月		日	有り
812222	××××××	XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年		月		日	無し
				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	

国保連→保険者

# 共同処理用市町村特別給付情報

平成 18 年 6 月 1 日 1 頁

保険者名
〇〇市

保険者番号	1234XX
-------	--------

異動区分	1
------	---

異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	年	05	月	08	日

サービスコード	サービス名	単位数	支給限度基準額	有効開始年月日							有効終了年月日				給付率引下対象有無	
				平成	年	月	日	平成	年	月	日					
811111	〇〇〇〇〇〇	XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年	月	日	有り
812222	××××××	XXXXXX	XXXXXX	平成	18	年	04	月	01	日	平成		年	月	日	無し
				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事業所情報訂正連絡票

## (基本情報)

平成 13 年 6 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
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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	05	月	10	日

### 申請（開設）者

氏名																					電話番号	0	1	2	-	5	4	3	-	2	1	X	X
																					FAX番号												
住所																																	

— 515 —

### 代表者

氏名																					職名									
住所																														

法人種別		
------	--	--

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

# 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																												

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	ジギョウシャ ジロウ		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 ツジサンカクサンカク1-2-3		
	〇〇県××市△△1-2-3			

### 代表者

氏名	ジギョウシャ イチロウ		職名	
	事業者 一郎		理事	
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツジサンカクサンカク1-2-3		
	〇〇県××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	ジギョウシャ ジロウ				
	事業者 二郎				
住所	123-45XX				
	マルマルケンパ ツバ ツサンカクサンカク1-2-3				
	〇〇県××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	ジギョウシャ 仔ロウ				
	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 ツサンカクサンカク1-2-3				
	〇〇県××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	ジギョウシャ ジロウ		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 ツジサンカクサンカク1-2-3		
	〇〇県××市△△1-2-3			

### 代表者

氏名	ジギョウシャ イチロウ		職名	
	事業者 一郎		理事	
住所	123-45XX	マルマルケンバ ツバ ツジサンカクサンカク1-2-3		
	〇〇県××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	ジギョウシャ ジロウ				
	事業者 二郎				
住所	123-45XX				
	マルマルケンパ ツバ ツサンカクサンカク1-2-3				
	〇〇県××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	ジギョウシャ 仔ロウ				
	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 ツサンカクサンカク1-2-3				
	〇〇県××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 9. 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	ク	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	險	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

◇◇	1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合	〇〇	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 9.その他	口座番号
9 8 7 6 - 5 4 3			9 8 7 6 5 X X
口座名義人(カナ)	カイコウキョウ		
振込依頼人コード	1 1 1 1 1 1 1 X X		

- 522 -

## 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`ツシ				
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	
	マルマルケンハ`ツハ`ツシサンカクサンカク1-1-1				
	〇〇県××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	〇〇〇〇〇〇
	居宅介護住宅改修費	〇〇〇〇〇〇〇
	居宅支援福祉用具購入費	〇〇〇〇〇〇
	居宅支援住宅改修費	〇〇〇〇〇〇〇

# 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`ツシ		
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	
	マルマルケンハ`ツハ`ツシサンカクサンカク1-1-1			
	〇〇県××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	〇〇〇〇〇〇〇
	居宅介護住宅改修費	〇〇〇〇〇〇〇
	居宅支援福祉用具購入費	〇〇〇〇〇〇〇
	居宅支援住宅改修費	〇〇〇〇〇〇〇

保険者→国保連

# 共同処理用受給者異動連絡票

平成 18 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	8	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	マ	ル	ケ	ン	ハ	ッ	ハ	ッ	シ	サ	ン	カ	ク	サ	ン	カ	ク	1	-	2	-	3											帳票出力順序コード	1	1	1
	○	○	県	×	×	市	△	△	1	-	2	-	3																																	

1 5 2 5 1

## 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	7	年	○	○	月	○	○	日	区分							一時差止金額			
終了年月日	平成	1	8	年	×	×	月	×	×	日	①:一部差止 2:全部差止							1000			

## 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										利用者負担第2段階	①:該当無し 2:該当有り	
高齢福祉年金受給の有無	①:受給無し 2:受給有り										支給申請書出力の有無	①:出力無し 2:出力有り	



保険者→国保連

# 共同処理用受給者訂正連絡票

平成 18 年 6 月 10 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

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	18	年	05	月	01	日

## 基本情報

氏名																										電話番号	0	1	2	-	3	4	5	-	9	9	X	X
住所	1	2	3	-	4	5	X	X	マ	ル	マ	ル	ケ	ン	ハ	ッ	ハ	ッ	シ	シ	カ	ク	シ	カ	ク	3	-	2	-	1	帳票出力順序コード							
	○	○	県	×	×	市	□	□	3	-	2	-	1																									

## 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	一時差止金額
終了年月日	平成		年		月		日	1:一部差止 2:全部差止	

## 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					利用者負担第2段階	1:該当無し	2:該当有り
老齢福祉年金受給の有無	1:受給無し		2:受給有り			支給申請書出力の有無					1:出力無し	2:出力有り	

国保連→保険者

# 共同処理用受給者情報更新結果

平成 18 年 06 月 01 日

1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

異動区分	1	異動事由	01
訂正区分			

異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

## 基本情報

氏名	介護 太郎				電話番号	023-456-78XX		
住所	999	-	9999	マルマルケンパ ツバ ツンサンカクサンカク1-2-3				
	〇〇県××市△△1-2-3						帳票出力順序コード	111

## 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	17	年	〇〇	月	〇〇	日
終了年月日	平成	18	年	××	月	××	日
区分							一時差止金額
1							1000

## 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)	12345678XX				
世帯所得区分	1	所得区分	1	高齢福祉年金受給の有無	1
利用者負担第2段階	1	支給申請書出力の有無	1		

国保連→保険者

# 共同処理用受給者情報

平成 18 年 06 月 01 日

1 頁

保険者名
××市

証記載 保険者番号	1234XX
被保険者番号	12345678XX

異動区分	1	異動事由	01
------	---	------	----

異動年月日	平成	18	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

## 基本情報

氏名	介護 太郎			電話番号	023-456-78XX			
住所	999	-	9999	マルマルケンパ ツハ ツジサンカクサンカ1-2-3				
							帳票出力順序コード	111
	〇〇県××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	17	年	〇〇	月	〇〇	日	区分	一時差止金額
終了年月日	平成	18	年	××	月	××	日	1	1000

## 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)	12345678XX				
世帯所得区分	1	所得区分	1	老齢福祉年金受給の有無	1
利用者負担第2段階	1	支給申請書出力の有無	1		