

2 介護保険料額決定通知書

② 令和 6 年度 納入通知書（介護保険料決定通知書）

見本

介護保険料額について次のとおり決定しましたので通知します。

① 被保険者番号 0000000000
被保険者氏名 三豊 太郎

決定年月日 令和 ○年 △月 ◇日
決定理由 特徴本算定非該当による普徴本算定

算定した結果の保険料額	円
減免額	円
に納付する保険料額	円

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

納期	月	保険料額 円		普通徴収の場合の納期
		普通徴収	特別徴収	
第1期 第2期 第3期 第4期 第5期 第6期 第7期 第8期	4月			
	5月			
	6月			
	7月			
	8月			
	9月			
	10月			
	11月			
計				
合計額				

○令和6年度特別徴収(仮徴収)額
4月 前年度2月と同額
6月 (6,8月については変更になる場合があります。)
8月

○令和7年度特別徴収(仮徴収)額
4月 今年度2月と同額
6月 (6,8月については変更になる場合があります。)
8月

- 特別徴収…年金からの天引き
- 普通徴収…納付書による納付または口座振替

口座振替の場合の口座情報

金融機関名	
口座名義人	
口座番号	
口座種別	振替区分

保険料算定の基礎

期間	月数(1)	所得段階区分	保険料率(2)円	保険料算出額(2)×(1)/12 円	保険料額 円
4月～ 3月	12ヶ月	第2段階			

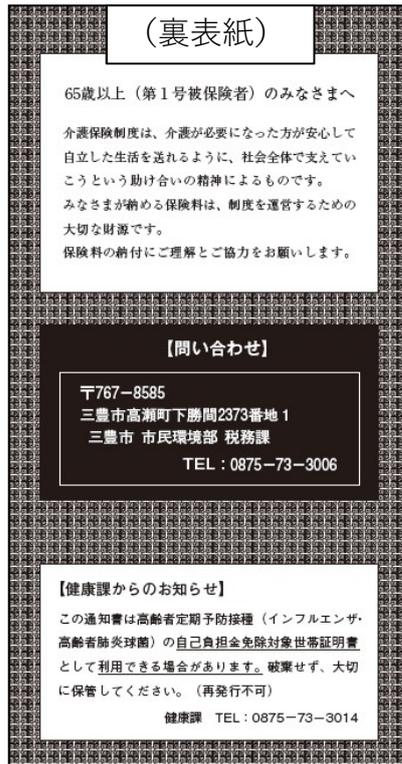
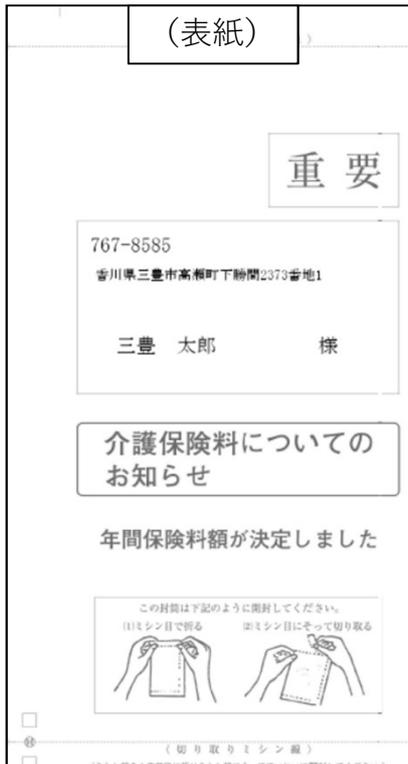
不服申し立ておよび減免申請等について

- (1) 保険料について不審な点があるときは、三豊市税務課 (0875)73-3006 へお問合せください。
(2) この通知書の記載事項について不服があるときは、この納入通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求を

確認事項

- ① 接種を受ける本人のもの
- ② 令和6年度発行のもの
- ③ 所得段階が「第1段階～第3段階」のもの

参考



◎必ず事前に A4 サイズの紙にコピーして、接種時に実施医療機関へ提出してください。

3 介護保険料納入通知書

令和6年度 介護保険料納入通知書（兼保険料変更通知書）

② 767-8585
三豊市高瀬町下勝間2373番地1

三豊 太郎 様

① 被保険者番号 0000000000 被保険者氏名 三豊 太郎

各納期限までに指定金融機関等へ納付してください。

令和 ○年 △月 ◇日
香川県三豊市長

見本

通知書番号		-
保険料算定の基礎		
期	間	
月	数	所得段階
○月		第2段階
保険料率		円
保険料算出額		円 ③
減免額		円
減免後保険料額		円
通知済額		円
差引保険料額		円
年	金	

保険料の決定又は変更	
決定/変更年月日	
決定/変更理由	

確認事項

- ① 接種を受ける本人のもの
- ② 令和6年度発行のもの
- ③ 所得段階が「第1段階～第3段階」のもの

4 介護保険負担限度額認定証

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

① 被保険者 ②

番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日 性別 男・女

適用年月日

有効期限

食費の負担限度額 (介護予防)短期入所生活(療養)介護
その他のサービス 円

居住費又は滞在費の負担限度額 ユニット型個室 円
ユニット型個室の多床室 円
従来型個室(特養等) 円
従来型個室(老健・療養等) 円
多床室 円

保険者番号並びに保険者の名称及び印

見本

※介護保険負担割合証ではありません。

確認事項

- ① 接種を受ける本人のもの
- ② 有効期限内のもの

◎必ず事前にA4サイズの紙にコピーして、接種時に実施医療機関へ提出してください。