

1 自己負担金免除対象世帯証明書（原本）

見本

別記様式（第6条、第7条関係）

令和 年 月 日

(宛先)三豊市長

令和 年度 高齢者定期予防接種自己負担金免除対象世帯証明願

高齢者定期予防接種費用の免除のため、私の世帯について市民税非課税世帯であることの証明をお願いします。なお、課税状況等を調査されることについて同意します。

① 証 明 書 が 必 要 な 人	住 所	三豊市		
	フリガナ	電 話 番 号	① 年 月 日 (歳)	
	氏 名	生年月日		

窓 口 に 来 た 人 (申請者)	住 所	☐ 上記住所に同じ		
	フリガナ	電 話 番 号	年 月 日	
	氏 名	☐ 上記氏名に同じ		
	①との関係	☐ 本人 ☐ その他(続柄等) () ☐ 同世帯の親族		

※裏面の委任状にご記入ください。

証 明 書

上記の証明書が必要な人(①欄)に記載されている者は、市民税非課税世帯の世帯員であることを証明します。なお、この証明書の有効期限は、令和 年 月 日 ② です。

令和 年 月 日

②

三豊市長 山下 昭史 印

●自己負担金免除の基準

・地方税法による市民税非課税世帯の者(当該年度の課税所得が判明しない場合を除く。)

●この証明書は、定期予防接種当日に、受診する医療機関へ必ずご持参ください。

持参されない場合は自己負担金が必要となりますので、ご注意ください。

(市記入欄)

本人 確認	☐ 1種類の書類確認で可(写真有)	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他()	確認者	
	☐ 2種類以上の書類確認(写真無)	☐ 健康保険の資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()		
	☐ 開き取り			
代理権 確認	☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書			

確認事項

- ① 被接種者本人のもの
- ② 有効期限内のもの

2 介護保険料額決定通知書

重 要

767-8585
香川県三豊市高瀬町下勝間2373番地1

三豊 太郎 様

介護保険料についてのお知らせ

年間保険料額が決定しました

この封筒は下記のように開封してください。

(1) ミシン目で切る (2) ミシン目によって切り取る



(切り取りミシン線)

(ミシン線を1箇所後に折りミシン線にそっていいに開封してください。)

① 令和 7 年度 納入通知書（介護保険料決定通知書）

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。

② 被保険者氏名 三豊 太郎

決定年月日 令和 〇年 〇月 〇日

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

納期	月	保 険 料 額 円	普通徴収の場合の納 額
普 徴	特 徴	普通徴収	特別徴収
第1期	4月		
第2期	5月		
第3期	6月		
第4期	7月		
第5期	8月		
第6期	9月		
第7期	10月		
第8期	11月		
計	12月		
合 計 額			

令和7年度特別徴収(仮徴収)額

4月 前年度2月と同額

6月 8月について仮徴収に

8月 8月について仮徴収に

令和8年度特別徴収(仮徴収)額

4月 今年度2月と同額

6月 8月について仮徴収に

8月 8月について仮徴収に

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

③

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備があるときは、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、香川県介護保険審査会に審査請求をすることができます。また、処分取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を待たず、その裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、三豊市を被告として提起することができます。

(3) 異例その他特別の事情で保険料の納付が困難であり、介護保険法および三豊市介護保険条例に規定する減免または執行猶予の申請をしようとする場合は三豊市税務課へご相談ください。

確認事項

- ①令和7年度発行のもの
- ②被接種者本人のもの
- ③所得段階が「第1段階～第3段階」のもの

3 介護保険料納入通知書

① 令和 7 年度 介護保険料納入通知書（兼保険料変更通知書）

767-8585
三豊市高瀬町下勝間2373番地1

三豊 花子 様

②

被保険者番号 0000000000 被保険者氏名 三豊 花子

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

通知票番号
0000000-000

保険料算定の基礎	
期 間	3 月
月	12 月
所得段階	第1段階
保 険 料 率	
保 険 料 算 出 額	円
減 免 額	円
減免後保険料額	円
通 知 済 額	円
差 引 保 険 料 額	円
納付金	

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令和 7 年度発行のもの
- ②被接種者本人のもの
- 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	番号
②	住所
	フリガナ
	氏名
	生年月日 性別 男・女
	誕生年月日
	有効期限
食費の負担限度額	介護や訪問看護入所生活(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
	ユニット型個室的多床室 円
	従来型個室(特設等) 円
	従来型個室(老健・療養等)多床室 円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

※介護保険負担割合証ではありません。

確認事項

- ①被接種者本人のもの
- ②有効期限内のもの

5 生活保護受給証明書

見本

①

生活保護受給証明書

住所	氏名	生年月日	増員日	減員日
以下 空白				

保護の種類
医療扶助・施設事務費

受給期間

使用目的
新型コロナウイルス感染症予防接種自己負担額無料
証明書申請の為

②

令和7年〇月△日

確認事項

- ①被接種者本人のもの
- ②令和7年度発行のもの

使用目的は左記の文言とは異なる場合があります。