

2 介護保険料額決定通知書

② 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。

①

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者氏名	三豊 太郎

見本

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
普徴	特徴	普通徴収 特別徴収	納期
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	1月		
	2月		
	3月		

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

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

確認事項 ☒

- ☐ ① 接種を受ける本人のもの
- ☐ ② 令和7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

(表紙)

重要

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



(切り取りミシン線)
(ミシン線を1度前後に折りミシン線にそっていかに開封してください。)

(裏表紙)

65歳以上(第1号被保険者)のみなさまへ
介護保険制度は、介護が必要になった方が安心して自立した生活を送れるように、社会全体で支えていくという助け合いの精神によるものです。みなさまが納める保険料は、制度を運営するための大切な財源です。保険料の納付にご理解とご協力をお願いします。

【問い合わせ】

〒767-8585
三豊市高瀬町下勝間2373番地1
三豊市 市民環境部 税務課
TEL: 0875-73-3006

【健康課からのお知らせ】

この通知書は高齢者定期予防接種(インフルエンザ・肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹)の自己負担金免除対象世帯証明書として利用できる場合があります。破棄せず、大切に保管してください。(再発行不可)

健康課 TEL: 0875-73-3014

◎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 7 年度	介護保険料納入通知書（兼保険料変更通知書）	見本	通知書番号 0000000 - 000																				
② 767-8585 三豊市高瀬町下勝間2373番地1																							
三豊 花子 様																							
① 被保険者番号 00000000000		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		保険料の決定又は変更 決定/変更年月日 決定/変更理由																					
保険料算定の基礎 <table border="1"><tr><td>期 間</td><td>4月～ 3月</td></tr><tr><td>月 数</td><td>12 か月</td></tr><tr><td>所得段階</td><td>第1段階</td></tr><tr><td>保 険 料 率</td><td></td></tr><tr><td>保 険 料 算 出 額</td><td>③ 円</td></tr><tr><td>減 免 額</td><td>円</td></tr><tr><td>減免後保険料額</td><td>円</td></tr><tr><td>通 知 済 額</td><td>円</td></tr><tr><td>差 引 保 険 料 額</td><td>円</td></tr><tr><td>徴収方法</td><td>年金</td></tr></table>				期 間	4月～ 3月	月 数	12 か月	所得段階	第1段階	保 険 料 率		保 険 料 算 出 額	③ 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	徴収方法	年金
期 間	4月～ 3月																						
月 数	12 か月																						
所得段階	第1段階																						
保 険 料 率																							
保 険 料 算 出 額	③ 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																						
徴収方法	年金																						

確認事項☑

- ☐ ① 接種を受ける本人のもの
- ☐ ② 令和7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	
被 保 険 者	番 号
住 所	見本
フリガナ	
氏 名	
生年月日	
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 ユニット型個室的多床室 従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・医療院等) 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 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。