

2 介護保険料額決定通知書（見本）

重要

様

この封筒は下記のように開封してください。

(1) ミシン目で折る (2) ミシン目にそって切り取る



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

① 令和 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	普通徴収の場合の納期
普徴	4月		
	5月		
	6月		
第1期	7月		
第2期	8月		
第3期	9月		
第4期	10月		
第5期	11月		
第6期	12月		
第7期	1月		
第8期	2月		
	3月		
計			
合計額			

③ 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) 円	保険料額 円
4月～ 3月	12ヶ月	第2段階			

【重要】
第1～3段階のみ免除対象です

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 へお問い合わせください。

(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から10日以内に、三豊市を被告として提訴することができます。また、差分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決が確定した日から起算して、30日以内に行うことができます。

(3) 災害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納付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。

3 介護保険料納入通知書（見本）

三豊市見本

① 令和 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 太郎 様

②

被保険者番号	被保険者氏名
0000000000	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。

通知書番号	
—	

保険料算定の基礎	
期	間
月	③
日	月
所得段階	第2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	
年	
金	

【重要】
第1～3段階 のみ免除対象です

保険料の決定又	
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（接種日が4～6月の間は令和6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（見本）

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日	
① 被保険者	番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 性別 男・女 選定年月日 有効期限
② 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 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（特養等） 円 従来型個室（老健・療養等） 円 多床室 円
居住費又は滞在費の負担限度額	
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