

(見本)

1 自己負担金免除対象世帯証明書

別記様式（第6条、第7条関係）

令和 年 月 日

見本

(宛先)三豊市長

令和8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一部または全額免除のため、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
	氏 名		生年月日	年 月 日(歳)

窓 口 に 来 た 人 (申 請 者)	住 所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ			
	フリガナ		電話番号		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ		生年月日	年 月 日
	①との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他*(続柄等) <input type="checkbox"/> 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9年3月31日です。

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。
持参していない場合は定期予防接種費用の一部または全額免除が受けられませんので、ご注意ください。

(市記入欄)

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

確認事項

- ① 被接種者本人のもの
- ② 有効期限内のもの

(見本)

2 令和7年度納入通知書（介護保険料決定通知書）

※4月～7月に接種する場合に使用可能

重要

様

この封筒は下記のように開封してください。
(1)ミシン目で切る (2)ミシン目に合わせて切り取る

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 ○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

納期	月	保険料額(円)	普通徴収の場合の納期
普徴	4月		納
	5月		期
	6月		納
第1期	7月		期
第2期	8月		納
第3期	9月		期
第4期	10月		納
第5期	11月		期
第6期	12月		納
第7期	1月		期
第8期	2月		納
	3月		期
計			
合計額			

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			

③ **第2段階**

【重要】
第1～3段階のみ免除対象です

保険料徴収方法
特別徴収義務者
特別徴収対象年金

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

（切り取りミシン線）

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
(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
三豊市を報告として提出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
(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

(見本)

3 令和7年度介護保険料納入通知書(兼保険料変更通知書)
※4月～7月に接種する場合に使用可能

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)

通知書番号
-

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 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。

保険料算定の基礎	
町	間
月	③ 所得段階
e月	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	
前年度金	

【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
- 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

(見本)

4 令和8年度納入通知書 (介護保険料額決定通知書) 兼特別徴収開始通知書

※手元に届き次第使用可能

第 年 月 日

香川県三豊市長 山下 昭史

印

① 令和8年度 納入通知書 (介護保険料額決定通知書) 兼特別徴収開始通知書

令和8年度分(令和7年度決定分)の介護保険料額決定通知書

被保険者番号	0000000000	被保険者氏名	三豊 太郎
生年月日		性別	男
住所			
決定年月日			
決定理由			

年間保険料額	月	期別	保険料額		普通徴収の場合の納期限
			特別徴収	普通徴収	
円	4月		3,000		
	5月				
	6月		3,000		
	7月	第1期		*****	
	8月	第2期	3,100	*****	
	9月	第3期		*****	
	10月	第4期	3,200	*****	
	11月	第5期		*****	
	12月	第6期	3,100	*****	
	1月	第7期		*****	
	2月	第8期	3,100	*****	
	3月	随時期		*****	
	計		18,500	*****	
	合計額			18,500	

特別徴収の欄に全額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。
なお、2月の特別徴収の欄に全額の記載がある場合は、翌年度4・6・8月も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

保険料決定の基礎

期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③(②×①/12)	減免額 ④	減免後保険料額 ⑤(③-④)
4月～3月	12月	第1段階	18,500	18,500	0	18,500

保険料段階別の領収書種別

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額
③ 非課税	非課税				

普通徴収(口座振替等)の場合の口座情報

金融機関		
口座種目	口座番号	
口座名義人		

普通徴収(納付書払い)の場合の納入場所

(お問合せ先) 三豊市税務課 電話番号 0875-73-3006 住 所 香川県三豊市高瀬町下勝間2373番地1

不届の申立て及び取消申請

この通知書において利益があるときは、この通知書受領の日を翌日から起算して3か月以内、香川県介護保険審査会(〒760-0017香川県高松市堀内町1-10 電話:087-832-3270)に申し立てをすることが出来ます。(ただし、通知書受領した日の翌日から起算して3か月以内であっても、この趣旨の日の翌日から起算して1年を経過すると、取消申請することが出来なくなります。)

この趣旨が実現しなくなる場合は、前記の審査会等に対する取消の通知書受領した日の翌日から起算して6か月以内、三豊市を被告として(訴訟において三豊市を代表する篠山山田 昭史)とします。提起することが出来ます。
ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、取消申請に対する裁決を察見ないで趣旨の取消を撤回することが出来ます。
1 取消申請があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
2 趣旨、趣旨の履行又は取消の趣旨により生ずる著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
3 その他裁決を察見し得る事由があるとき。

確認事項

- ①令和8年度発行のもの
- ②被接種者本人のもの
- ③本人課税区分と世帯課税区分が「非課税」のもの

(見本)

5 令和8年度納入通知書(介護保険料額決定通知書) ※手元に届き次第使用可能

第 年 月 号
令和 年 月 日

香川県高松市
山手町

印

① 令和8年度 納入通知書(介護保険料額決定通知書)

令和8年度(令和7年度)の介護保険料額が決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号	0000000000	② 被保険者氏名	三豊 太郎
生年月日		性別	男
住所			

決定年月日	
決定理由	

年間納付額	月	期別	保険料額		普通徴収の場合の納期限
			特別徴収	普通徴収	
円	4月		*****		
	5月		*****		
	6月		*****		
	7月	第1期		2,400	
	8月	第2期	*****	2,300	
	9月	第3期		2,300	
	10月	第4期	*****	2,300	
	11月	第5期		2,300	
	12月	第6期	*****	2,300	
	1月	第7期		2,300	
2月	第8期	*****	2,300		
3月	随時期				
	計		*****	18,500	
	合計額			18,500	

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。
なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度4・6・8月も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

保険料算定の基礎

期間	月数 ①	保険料段階	保険料額 ②	保険料算出額 ③: ②×(①/12)	減免額 ④	減免後保険料額 ③-④
4月～3月	12月	第1段階	18,500	18,500	0	18,500

保険料滞りの算出根拠

③ 本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	高齢福祉年金	公的年金等の収入金額	合計所得金額
非課税	非課税				

普通徴収(納付書交付)の場合の口座振替

金融機関	
口座種目	口座番号
口座名義人	

普通徴収(納付書払い)の場合の納入場所

(お問合せ先) 三豊市税務課 住 所 香川県高松市高瀬町下勝間2373番地1
電話番号: 0875-73-3006

不届の申立て及び取扱い

この通知書について不届があるときは、この通知書を受取った日の翌日から起算して3か月以内、香川県介護保険協会(〒760-0017香川県高松市番町1-10 電話: (087)-832-3270) に申し立てを請求することができます。(なお、通知書を受取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この通知書の発行日から起算して1年を経過すると、請求を請求することができなくなります。)

この通知書の取扱いを定める新法は、前回の通知書に対する歳末の通知書を受け取った日から起算して6か月以内、三豊市を被告として(訴訟において三豊市を代表する香川県山手町)を提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ることで処分(通知)の訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分(通知)又は審査請求により生ずる新しい損害を避けるため裁決の必要があるとき。
- 3 そのほか裁決を経ることにつきまとい損害があるとき。

確認事項

- ①令和8年度発行のもの
- ②被接種者本人のもの
- ③本人課税区分と世帯課税区分が「非課税」のもの

(見本)

6 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		
番号		
① 被 保 険 者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	性別 男・女
	誕生年月日	
② 有効期限		
食費の負担限度額	(介護予防)福祉入居生活(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(特養等) 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

(見本)

7 生活保護受給証明書

生活保護受給証明書				
住所				
氏名	生年月日	増員日	減員日	
以下余白				
保護の種類	医療扶助・施設事務費			
受給期間				
使用目的	高齢者肺炎球菌予防接種の自己負担金免除証明のため			
	令和 年 月 日			
	三豊市長	印		

確認事項

- ①被接種者本人のもの
- ②令和8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。