

1 自己負担金免除対象世帯証明書（原本）

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いたします。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	☐ 上記住所に同じ		
	フリガナ	電話番号		
	氏 名	☐ 上記氏名に同じ	生年月日	年 月 日
	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()	
	☐ 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	確認者	

確認事項

- ① 被接種者本人のもの
- ② 有効期限内のもの

2 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 年 月 日

香川県一豊市
山下 昭哉

印

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と併せて送付します。

被保険者番号 0000000000

被保険者 ② 三豊 太郎

生年月日

性 男

住所

決定年月日

決定理由

年間の保険料

円

これからの納付方法等

保険料徴収方法 年令天引

特別徴収義務者

特別徴収対象年金

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	
4月	第 1 期	3,000		
5月				
6月				
7月				
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	第 9 期		*****	
計		18,500	*****	
合計額			18,500	

特別徴収の額に全額記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。
なお、2月の特別徴収の額に全額記載がある場合は、翌年度1・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。

課税区分の基礎

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

課税区分の区分

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	高齢加給年金	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（口座振替等）の場合の口座情報

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

金融機関

口座種別

口座番号

口座名義人

（お問合せ先） 一豊市税務課 住 所 香川県一豊市高瀬町下瀬間2373番地1
電話番号 0875-73-3006

不納の申立てと返金請求

この通知書について不納の申立てをするときは、この通知書が送付された日から起算して3か月以内、香川県介護保険審査会（〒760-0017香川県高松市西町1-10 電話：087-822-3270）に申し立てを行うことができます。（なお、通知書が送付された日から起算して3か月以内であっても、この通知書の送付日から起算して1年を経過すると、審査を受けることができません。）
この通知書が送付された日から起算して1年を経過した場合は、この通知書が送付された日から起算して3か月以内、一豊市税務課として 0875-73-3006 に申し立てを行う必要があります。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、市税課に申し立てる必要を省いて自分の返金請求の額を請求することができます。
1 市税課が送付した日から3か月を経過しても返金がないとき。
2 通知書が送付された日から起算して1年を経過したとき。
3 市税課が送付した日から起算して1年を経過したとき。

確認事項

- ① 令和 8 年度発行のもの
- ② 接種を受ける本人のもの
- ③ 本人課税区分と世帯課税区分が「非課税」および「特減免」のもの

3 納入通知書（介護保険料額決定通知書）

見本

令和 年 月 日

印

香川県三豊市
山田 昭雄

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 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 3 月 31 日）の介護保険料額が次のとおり決定しました。

被保険者番号 0000000000	被保険者 ② 三豊 太郎
生年月日	性別
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	
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	*****	2,300	
計		*****	18,500	
合計額			18,500	

これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	納付書納付
特別徴収義務者	*****
特別徴収対象年金	*****

特別徴収の後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月の特別徴収の後に金額の記載がある場合は、翌年度 4・5・6 月も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

保険料決定の要領

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

③

保険料率別の所得制限

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	高齢者年金	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（口座振替等）の場合の口座振替

金融機関	
口座種別	口座番号
口座名義人	

（お問合せ先） 三豊市税務課 住 所 香川県三豊市高瀬町下徳間 2 3 7 3 番地 1
電話番号 0875-73-3006

普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

金融機関	
口座種別	口座番号
口座名義人	

※この通知書は、令和 8 年度（令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 3 月 31 日）の介護保険料額決定通知書です。令和 9 年度（令和 9 年 4 月 1 日～令和 10 年 3 月 31 日）の介護保険料額は、令和 9 年度（令和 9 年 4 月 1 日～令和 10 年 3 月 31 日）の介護保険料額決定通知書で決定します。

※この通知書は、令和 8 年度（令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 3 月 31 日）の介護保険料額決定通知書です。令和 9 年度（令和 9 年 4 月 1 日～令和 10 年 3 月 31 日）の介護保険料額は、令和 9 年度（令和 9 年 4 月 1 日～令和 10 年 3 月 31 日）の介護保険料額決定通知書で決定します。

※この通知書は、令和 8 年度（令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 3 月 31 日）の介護保険料額決定通知書です。令和 9 年度（令和 9 年 4 月 1 日～令和 10 年 3 月 31 日）の介護保険料額は、令和 9 年度（令和 9 年 4 月 1 日～令和 10 年 3 月 31 日）の介護保険料額決定通知書で決定します。

確認事項

- ① 令和8年度発行のもの
- ② 接種を受ける本人のもの
- ③ 本人課税区分と世帯課税区分が「非課税」および「特減免」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
	住 所
	フリガナ
	氏 名
	生年月日 性別 男・女
②	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 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) 円 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。

※介護保険負担限度額認定証は「クリーム色」です。

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 余 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

令和 6 年 9 月 3 日
 令和 7 年〇月△日

② 観音寺市福祉事務所長 〔指印〕

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。