

2 介護保険料額決定通知書

② 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。

見本

① 被保険者番号 0000000000
被保険者氏名 三豊 太郎

令和 年 7月 1日
香川県三豊市長

山下 昭 史

決定年月日 令和 年 6月 15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	36,000 円
減免額	0 円
に納付する保険料額	36,000 円

保険料徴収方法	口座振替
特別徴収義務者	*****
特別徴収対象年金	*****

納期	月	保険料額	普通徴収の場合の納期
普徴	4月		
特徴	4月	0	
	5月		
	6月	0	
第1期	7月	4,500	令和 年 8月 1日
第2期	8月	4,500	令和 年 8月 31日
第3期	9月	4,500	令和 年 9月 30日
第4期	10月	4,500	令和 年 10月 31日
第5期	11月	4,500	令和 年 11月 30日
第6期	12月	4,500	令和 年 12月 25日
第7期	1月	4,500	令和 年 1月 31日
第8期	2月	4,500	令和 年 2月 28日
計	3月	0	
合計額		36,000	

○令和4年度特別徴収(仮徴収)額	○令和5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 (6、8月については変更になる場合があります。)	6月 (6、8月については変更になる場合があります。対象者には通知を発送します。)
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	三豊銀行
口座名義人	三豊 太郎
口座番号	000**00
口座種別	振替区分 期別振替

※口座番号は、個人情報保護のため一部「*」で表示してあります。

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)/12 円	保険料額 円
4月～ 3月	12ヶ月	第2段階	36,000	36,000	36,000

不服申し立ておよび減免申請等について

- 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。
- この通知書の記載事項について不服があるときは、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、処分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後、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。香川県介護保険審査会 (香川県長寿社会対策課内) (087)832-3270
- 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接種を受ける本人のもの
- ②当該年度発行のもの
(4～6月に接種する場合は、前年度のもの)
- ③所得段階が「第1段階～第3段階」のもの

(参考)

(表紙)

重要

767-8585
三豊市高瀬町下勝間2373番地1

三豊 太郎 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

【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合わせ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・高齢者肺炎球菌)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

3 介護保険料納入通知書

令和 年度 介護保険料納入通知書（兼保険料変更通知書）

②

見本

通知書番号
0000000 - 000

保険料算定の基礎	
期間	
月	4月～3月
12	③
所得段階	第3段階
保険料率	50,400円
保険料算出額	50,400円
減免額	0円
減免後保険料額	50,400円
通知済額	*****円
差引保険料額	50,400円
徴収方法	年金

①

被保険者番号	被保険者氏名
--------	--------

各納期限までに指定金融機関等へ納付してください。

確認事項

- ①接種を受ける本人のもの
- ②当該年度発行のもの
(4～6月に接種する場合は、前年度のもの)
- ③所得段階が「第1段階～第3段階」のもの

保険料の決定又は変更	
決定/変更年月日	
決定/変更理由	

I P

4 介護保険負担限度額認定証 ※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		
交付年月日		
①	番号	
被 保 険 者	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
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		

見本

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