

伊勢原市介護保険給付制限に関する事務取扱要綱

目次

第1章 総則（第1条・第2条）

第2章 保険給付の支払方法の変更（償還払い化）（第3条―第10条）

第3章 保険給付の支払の一時差止（第11条―第17条）

第4章 滞納保険料の控除（第18条―第19条）

第5章 保険給付の減額及び高額介護（介護予防）サービス費等の不支給（第20条―第26条）

第6章 給付一時差止（第2号被保険者）（第27条―第35条）

第7章 雑則（第36条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第66条、第67条、第68条及び第69条に規定する保険給付の制限に関する事務の取扱いについて、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この要綱で使用する用語の意義は、次の各号に掲げるもののほか、法で使用する用語の例による。

- (1) 支払方法変更 法第66条の規定による保険料を滞納している第1号被保険者に係る保険給付の支払方法変更の処分のことをいう。
- (2) 支払一時差止 法第67条第1項及び第2項の規定による保険料を滞納している第1号被保険者に係る保険給付の支払の一時差止の処分のことをいう。
- (3) 控除 法第67条第3項の規定による保険料を滞納している第1号被保険者に係る支払一時差止をした保険給付額から当該第1号被保険者が滞納している保険料額を控除する処分をいう。
- (4) 給付額減額等 法第69条に規定する処分のことをいう。
- (5) 給付一時差止 法第68条の規定による医療保険各法の規定による保険料等に未納がある第2号被保険者に係る保険給付の一時差止の処分のことをいう。
- (6) 納期限 伊勢原市介護保険条例（平成12年伊勢原市条例第10号。以下「条例」という。）第7条に規定する納期に係る納期限のことをいう。
- (7) 滞納保険料 第1号被保険者に係る保険料について、納期限を経過して未払である保険料のことをいう。
- (8) 保険料徴収権時効 法第200条の規定により、保険料を徴収する権利が時効によって消滅することをいう。

第2章 保険給付の支払方法の変更（償還払い化）

（支払方法変更の対象となる被保険者）

第3条 支払方法変更の対象となる被保険者は、法第27条、第28条、第29条、第30条、第32条又は第33条の規定に基づく認定（以下「要介護認定等」という。）のための申請（職権処理を含む。以下同じ。）を行った第1号被保険者であって、支払

方法変更に係る要介護認定等の申請による認定有効期間開始日において、納期限（納期限が月末でない場合にあつては、納期限の属する月の前月の末日。以下同じ。）から12か月を経過している滞納保険料（保険料徴収権時効となった滞納保険料を除く。以下同じ。）があるものとする。

- 2 前項の規定にかかわらず、市長が必要と認めるときは、法第66条第2項の規定に基づき、滞納保険料が納期限から12か月を経過しない場合においても、支払方法変更の対象とする。

（支払方法変更に係る弁明の機会の付与）

第4条 市長は、行政手続法（平成5年法律第88号）第13条第1項第2号の規定に基づき、前条に該当する被保険者に介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書（第1号様式。以下「支払方法変更償還払い化予告通知書」という。）及び伊勢原市聴聞及び弁明の機会の付与に関する規則（平成12年伊勢原市規則第30号）の規定による弁明の機会の付与通知書を送付する。

- 2 支払方法変更償還払い化予告通知書及び弁明の機会の付与通知書を送付された被保険者が弁明を行うときは、伊勢原市聴聞及び弁明の機会の付与に関する規則の規定による弁明書を市長に提出するものとする。
- 3 前項の規定にかかわらず、弁明書の提出が困難であると市長が認めるときは、弁明を口頭で行うことができる。
- 4 弁明書の提出期限は、原則として第1項による支払方法変更予告通知書を送付した日から14日とする。

（支払方法変更に係る弁明の審査基準）

第5条 市長は、法、介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）に規定する支払方法変更の対象とならない被保険者に該当するか否かについて弁明の審査を行うものとし、その審査基準は次の各号に定める基準によるものとする。

- (1) 法第66条第1項に規定する原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律117号）による一般疾病医療費の支給を受けることができる場合及び省令第98条各号に規定する医療に関する給付を受けることができる場合とは、支払方法変更を受ける期間に、支給又は給付を受けることができる場合とする。
- (2) 政令第30条第1号に規定する住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた場合とは、故意に災害を発生させた場合を除き、3分の1以上の損失を受けた場合とする。この場合における損失の程度の判定は、罹災者名簿等で確認できる場合を除き、原則として、消防署長等所轄の関係官公署の長の発行する証明書により行う。
- (3) 政令第30条第2号に規定する収入が著しく減少した場合とは、当該被保険者の属する世帯の生計を主として維持する者（以下「生計維持者」という。）の支払方法変更開始日の属する年の見込総所得金額が前年の総所得金額の100分の70以下に減少し、かつ当該被保険者の属する世帯の実収入見込月額が、その世帯につき算定した生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定された最低生活費に1.2を乗じて得た額以下である場合とする。
- (4) 省令第100条第1号及び第2号に規定する収入が著しく減少した場合について

は、前号の規定を準用する。

(5) 省令第100条第3号に規定する被保険者が被保護者である場合とは、生活保護法による生活保護開始決定が行われている場合とする。

(6) 条例第13条第1項第1号から第4号までに該当することにより保険料の徴収猶予を受けている場合又は条例第14条第1項第1号から第5号までに該当することにより保険料の減免を受けている場合であって、支払方法変更の開始日以降においても保険料の徴収猶予又は減免を受けることができる場合については、第2号から第4号までに該当するものとみなす。

(7) 法第50条に規定する居宅介護サービス費等の額の特例又は法第60条に規定する介護予防サービス費等の額の特例の認定を受けている場合であって、支払方法変更の開始日以降においても特例の認定を受けることができる場合については、第2号から第4号までに該当するものとみなす。

(支払方法変更の決定)

第6条 市長は、法、政令及び省令に規定する支払方法変更の対象とならない被保険者に該当する場合を除き、弁明書の返送期限の経過後に支払方法変更の決定を行うものとする。

2 市長は、支払方法変更の決定を行ったときは、介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書（第2号様式）を送付するとともに、当該被保険者の被保険者証に「支払方法変更」の記載をするものとする。

(支払方法変更の開始日)

第7条 支払方法変更の開始日は、処分決定日の属する月の翌月1日とする。

2 前項の規定にかかわらず、支払方法変更に係る処分決定が要介護認定等の認定有効期間開始日の前々月に行われた場合は、処分決定日の属する月の翌月1日とする。

(支払方法変更の終了)

第8条 支払方法変更の終了を受けようとする者は、介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）終了申請書（第3号様式）に法第66条第3項の規定に該当する旨を証する書類を添えて、市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の申請があったときは、支払方法変更の終了の適否を決定し、介護保険給付の支払方法変更終了承認・不承認決定通知書（第4号様式）により通知するものとする。

(支払方法変更終了の審査基準)

第9条 支払方法変更を受けている被保険者が、法、政令及び省令に規定する要件に該当するか否かについて審査する場合の審査基準は次の各号に定める基準によるものとする。

(1) 法第66条第3項に規定する滞納している保険料を完納した場合とは、終了申請日において、滞納保険料から保険料徴収権時効となった滞納保険料を除いた滞納保険料をすべて納付した場合とする。

(2) 法第66条第3項に規定する滞納額の著しい減少とは、第3条の規定により支払方法変更の処分原因となった滞納保険料（以下「処分原因滞納保険料」という。）から終了申請日において保険料徴収権時効となった滞納保険料を除いた滞納保険料をすべ

て納付した場合とする。ただし、処分原因滞納保険料がすべて時効となった場合においては、終了申請日を基準日として、納期限から12か月以上経過している滞納保険料のすべてを納付した場合とする。

- (3) 政令第30条第1号に規定する住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた場合とは、故意に災害を発生させた場合を除き、3分の1以上の損失を受けた場合とする。この場合における損失の程度の判定は、罹災者名簿等で確認できる場合を除き、原則として、消防署長等所轄の関係官公署の長の発行する証明書により行う。
- (4) 政令第30条第2号に規定する収入が著しく減少した場合とは、生計維持者の終了申請日の属する年の見込総所得金額が前年の総所得金額の100分の70以下に減少し、かつ当該被保険者の属する世帯の実収入見込月額が、その世帯につき算定した生活保護法に規定された最低生活費に1.2を乗じて得た額以下である場合とする。
- (5) 省令第100条第1号及び第2号に規定する収入が著しく減少した場合については、前号の規定を準用する。
- (6) 省令第100条第3号に規定する被保険者が被保護者である場合とは、生活保護法による生活保護開始決定が行われている場合とする。
- (7) 省令第100条第4号に規定する原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給を受けることができる場合及び省令第98条各号に規定する医療に関する給付を受けることができる場合とは、支払方法変更を受ける期間に支給又は給付を受けることができる場合とする。
- (8) 支払方法変更の開始日以降において、条例第13条第1項第1号から第4号までに該当することにより保険料の徴収猶予を受けることとなった場合又は条例第14条第1項第1号から第5号までに該当することにより保険料の減免を受けることとなった場合については、第3号から第5号までに該当するものとみなす。
- (9) 支払方法変更の開始日以降において、法第50条に規定する居宅介護サービス費等の額の特例又は法第60条に規定する介護予防サービス費等の額の特例の認定を受けることとなった場合については、第3号から第5号までに該当するものとみなす。

(支払方法変更の終了日)

第10条 支払方法変更の終了日は、終了申請日の属する月の前月末日とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、処分決定日からの処分開始日の属する月までに終了申請が行われた場合は、処分開始日を終了日とする。
- 3 第1項の規定にかかわらず、当該被保険者が省令第100条第4号の規定に該当することとなった場合には支給又は給付を受けることができることとなった日の属する月の前月末日を終了日とし、処分決定日から処分開始日の属する月までに当該被保険者が省令第100条第4号の規定に該当することとなった場合には処分開始日を終了日とする。

第3章 保険給付の支払の一時差止

(支払一時差止の対象となる被保険者)

第11条 支払一時差止の対象となる被保険者は、第6条に規定する支払方法変更（以下「支払方法変更」という。）を受けている被保険者であって、支払一時差止の処分決定日において、納期限から1年6か月を経過している滞納保険料（保険料徴収権時効とな

った滞納保険料を除く。)があるものとする。

2 前項の規定にかかわらず、市長が必要と認めるときは、法第67条第2項の規定に基づき、滞納保険料が納期限から1年6か月を経過しない場合においても支払一時差止の対象とする。

3 第1項の規定にかかわらず、市長が必要と認めるときは、支払方法変更を受けていない場合においても支払一時差止の対象とする。

(支払一時差止の対象となる保険給付)

第12条 支払一時差止の対象となる保険給付は、前条に規定する被保険者が支払方法変更の開始日以降に法第40条各号に規定する介護給付及び法第52条各号に規定する予防給付について給付申請を行い、支給決定された保険給付とする。

(支払一時差止に係る弁明の機会の付与)

第13条 市長は、第12条の規定に該当する被保険者に介護保険給付の支払一時差止予告通知書(第5号様式。以下「支払一時差止予告通知書」という。)を送付し、弁明の機会を付与する。

2 支払一時差止予告通知書を送付された被保険者が弁明を行うときは、弁明書(支払一時差止)(第6号様式)を市長に提出するものとする。

3 前項の規定にかかわらず、弁明書の提出が困難であると市長が認めるときは、弁明を口頭で行うことができる。

4 弁明書の提出期限は、原則として第1項による支払一時差止予告通知書を送付した日から14日とする。

(支払一時差止に係る弁明の審査基準)

第14条 市長は、法、政令及び省令に規定する支払一時差止の対象とならない被保険者に該当するか否かについて弁明の審査を行うものとし、その審査基準は第5条第2号から第7号までの規定を準用する。

(支払一時差止の決定)

第15条 市長は、法、政令及び省令に規定する支払一時差止の対象とならない被保険者に該当する場合を除き、弁明書の返送期限の経過後において第13条に規定する保険給付の支給決定を行うときに、支払一時差止の決定を行うものとする。

2 市長は、支払一時差止の決定を行ったときは、介護保険給付の支払一時差止通知書(第7号様式)により通知するものとする。

(支払一時差止の終了)

第16条 支払一時差止の終了を受けようとする者は、介護保険給付の支払一時差止終了申請書(第8号様式)に滞納保険料を納付したことを証する書類を添えて、市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の申請があったときは、支払一時差止の終了の適否を決定し、介護保険給付の支払一時差止終了承認・不承認決定通知書(第9号様式)により通知するものとする。

(支払一時差止の終了の審査基準)

第17条 支払一時差止を受けている被保険者が、法、政令及び省令に規定する要件に該当するか否かについて審査する場合の審査基準は、第9条第3号から第6号まで、第8

号及び第9号の規定を準用する。

第4章 滞納保険料の控除

(控除の対象となる被保険者)

第18条 控除の対象となる被保険者は、第11条に規定する支払一時差止を受けている被保険者であつて、当該支払一時差止の処分決定日から14日以上を経過して滞納保険料(保険料徴収権時効となった保険料を除く。)を納付しないものとする。

(控除の決定)

第19条 市長は、被保険者が前条の規定に該当したときは、控除の決定を行うものとする。

2 市長は、控除の決定を行ったときは、介護保険給付の滞納保険料控除通知書(第10号様式)により通知するものとする。

第5章 保険給付の減額及び高額介護(介護予防)サービス費等の不支給

(給付額減額等の対象となる被保険者)

第20条 給付額減額等の対象となる被保険者は、要介護認定等のための申請を行った第1号被保険者であつて、当該要介護認定等の認定日において保険料徴収権消滅期間があるものとする。

(給付額減額等に係る弁明の機会の付与)

第21条 市長は、前条の規定に該当する被保険者に介護保険給付額減額等予告通知書(第11号様式。以下この条において「給付額減額等予告通知書」という。)を送付し、弁明の機会を付与する。

2 給付額減額等予告通知書を送付された被保険者が弁明を行うときは、弁明書(給付額減額)(第12号様式)を市長に提出するものとする。

3 前項の規定にかかわらず、弁明書の提出が困難であると市長が認めるときは、弁明を口頭で行うことができる。

4 弁明書の提出期限は、原則として第1項による給付額減額等予告通知書を送付した日から14日とする。

(給付額減額等に係る弁明の審査基準)

第22条 市長は、法、政令及び省令に規定する給付額減額等の対象とならない被保険者に該当するか否かについて弁明の審査を行うものとし、その審査基準は次の各号に定める基準によるものとする。

(1) 政令第35条第1号に規定する住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた場合の基準については、第5条第2号の規定を準用する。

(2) 政令第35条第2号に規定する収入が著しく減少した場合の基準については、第5条第3号の規定を準用する。

(3) 省令第113条第1号及び第2号に規定する収入が著しく減少した場合の基準については、前号の規定を準用する。

(4) 省令第113条第3号に規定する要介護被保険者等が被保護者である場合の基準については、第5条第5号の規定を準用する。

(5) 省令第113条第4号に規定する要介護被保険者等が要保護者である場合とは、生活保護法第6条第2項に規定する要保護者である場合とする。

(6) 条例第13条第1項第1号から第4号までに該当することにより保険料の徴収猶予を受けている場合又は条例第14条第1項第1号から第5号までに該当することにより保険料の減免を受けている場合であって、給付額減額等の開始日以降においても保険料の徴収猶予又は減免を受けることができる場合については、第1号から第3号までに該当するものとみなす。

(7) 法第50条に規定する居宅介護サービス費等の額の特例又は法第60条に規定する介護予防サービス費等の額の特例の認定を受けている場合であって、給付額減額等の開始日以降においても特例の認定を受けることができる場合については、第1号から第3号までに該当するものとみなす。

(給付額減額等の決定)

第23条 市長は、法、政令及び省令に規定する給付額減額等の対象とならない被保険者に該当する場合を除き、弁明書の返送期限の経過後に給付額減額等の決定を行うものとする。

2 市長は、給付額減額等の決定を行ったときは、処分内容を被保険者証に記載するとともに、介護保険給付額減額等決定通知書（第13号様式）により通知するものとする。

(給付額減額等の終了)

第24条 給付額減額期間が経過した場合以外に給付額減額等の終了を受けようとする者は、介護保険給付額減額等終了申請書（第14号様式）に政令第35条の規定に該当する旨を証する書類を添えて、市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の申請があったときは、給付額減額等の終了の適否を決定し、介護保険給付額減額等終了承認・不承認決定通知書（第15号様式）により通知するものとする。

(給付額減額等の終了の審査基準)

第25条 給付額減額等を受けている被保険者が、法、政令及び省令に規定する要件に該当するか否かについて審査する場合の審査基準は、次の各号に定めるもののほか、第22条第1号から第5号までに規定する基準によるものとする。

(1) 給付額減額等の開始日以降において、条例第13条第1項第1号から第4号までに該当することにより保険料の徴収猶予を受けることとなった場合又は条例第14条第1項第1号から第5号までに該当することにより保険料の減免を受けることとなった場合については、第22条第1号から第5号までに該当するものとみなす。

(2) 給付額減額等の開始日以降において、法第50条に規定する居宅介護サービス費等の額の特例又は法第60条に規定する介護予防サービス費等の額の特例の認定を受けることとなった場合については、第22条第1号から第5号までに該当するものとみなす。

(給付額減額等の終了日)

第26条 給付額減額等の終了日は、終了申請日の属する月の前月末日とする。

2 前項の規定にかかわらず、処分決定日から処分開始日の属する月までに終了申請が行われた場合は、処分開始日を終了日とする。

第6章 給付一時差止（第2号被保険者）

(給付一時差止の対象となる被保険者)

第27条 給付一時差止の対象となる被保険者は、次の各号のいずれにも該当する者とす

る。

- (1) 法第68条に規定する未納医療保険料等がある者
- (2) 医療保険者から給付一時差止の依頼のある者
- (3) 市長が必要と認める者

(医療保険者への確認)

第28条 市長は、第2号被保険者から要介護認定申請等のための申請があった場合において、必要があると認めるときは、当該第2号被保険者の加入する医療保険者に対し、介護保険要介護認定等申請受理通知書(第16号様式)により、省令第110条第1項に規定する事項について、情報の提供を求めるものとする。

2 医療保険者は、前項の規定により情報提供を求められたときは、介護保険給付の支払一時差止等依頼書(第17号様式)又は介護保険給付の支払一時差止等措置終了依頼書(第18号様式)により速やかに市長に情報の提供を行うものとする。

(給付一時差止に係る弁明の機会の付与)

第29条 市長は、行政手続法第13条第1項第2号の規定に基づき、第28条に該当する被保険者に介護保険給付の給付一時差止予告通知書(第19号様式。以下「給付一時差止予告通知書」という。)を送付し、弁明の機会を付与する。

2 給付一時差止予告通知書を送付された被保険者が弁明を行うときは、弁明書(給付一時差止)(第20号様式)を市長に提出するものとする。

3 前項の規定にかかわらず、弁明書の提出が困難であると市長が認めるときは、弁明を口頭で行うことができる。

4 弁明書の提出期限は、原則として第1項による給付一時差止予告通知書を送付した日から14日とする。

(給付一時差止に係る弁明の審査基準)

第30条 市長は、法、政令及び省令に規定する給付一時差止の対象とならない被保険者に該当するか否かについて弁明の審査を行うものとし、その審査基準は第5条第2号から第5号まで及び第7号の規定を準用するものとする。

(給付一時差止の決定)

第31条 市長は、法、政令及び省令に規定する給付一時差止の対象とならない被保険者に該当する場合を除き、弁明書の返送期限の経過後に支払方法変更の決定を行うものとする。

2 市長は、給付一時差止の決定を行ったときは、介護保険給付の給付一時差止通知書(第21号様式)を送付するとともに、当該被保険者の被保険者証に「給付一時差止」の記載をするものとする。

(給付一時差止の開始日)

第32条 給付一時差止の開始日は、処分決定日の属する月の翌月1日とする。

2 前項の規定にかかわらず、給付一時差止に係る処分決定が要介護認定等の認定有効期間開始日の前々月に行われた場合は、処分決定日の属する月の翌月1日とする。

(給付一時差止の終了)

第33条 給付一時差止の終了を受けようとする者は、介護保険給付一時差止終了申請書(第22号様式)に法第68条第2項の規定に該当する旨を証する書類を添えて、市長

に提出するものとする。

- 2 市長は、前項の申請があったときは、給付一時差止の終了の適否を決定し、介護保険給付の給付一時差止終了承認・不承認決定通知書（第23号様式）により通知するものとする。

（給付一時差止の終了の審査基準）

第34条 給付一時差止を受けている被保険者が、法、政令及び省令に規定する要件に該当するか否かについて審査する場合の審査基準は、次に定めるもののほか、第9条第3号から第6号まで、第8号及び第9号に規定する基準によるものとする。

- (1) 給付一時差止の依頼を行った医療保険者から給付一時差止の終了依頼があった場合
- (2) 法第68条第2項に規定する未納医療保険料等を完納した場合及び著しい減少の場合においては、当該医療保険者に確認するとともに協議を行った上で判断するものとする。

（給付一時差止の終了日）

第35条 給付一時差止の終了日は、終了申請日の属する月の前月末日とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、処分決定日からの処分開始日の属する月までに終了申請が行われた場合は、処分開始日を終了日とする。

第7章 雑則

（その他）

第36条 この要綱に定めのない事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成16年11月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（平成27年12月28日告示第156号）

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日告示第88号）

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年10月19日告示第124号）

この告示は、平成30年10月19日から施行する。

附 則（令和3年10月4日告示第239号）

この告示は、公表の日から施行する。

様

伊勢原市長



介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

あなたは、要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの介護保険料は、次のとおり滞納となっています。

介護保険料が、滞納のままですと制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では、滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も保険料滞納の状態が続いた場合は、介護保険法第66条第1項及び第2項の規定に基づく保険給付の支払方法変更の措置（償還払い化）をとることになりますので、予告します。

「保険給付の支払方法変更の措置（償還払い化）」とは、介護（介護予防）サービスを受けたとき、サービス提供事業者に一旦費用の全額を支払い、後日、領収書を添付して保険者負担分（費用の9割、8割又は7割）を保険者に対して請求する制度です。

なお、特別な事情により、一括納付が困難な場合などは、担当まで御相談ください。

【保険料滞納の状況】

（単位：円）

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
4月			4月			4月		
5月			5月			5月		
6月			6月			6月		
7月			7月			7月		
8月			8月			8月		
9月			9月			9月		
10月			10月			10月		
11月			11月			11月		
12月			12月			12月		
1月			1月			1月		
2月			2月			2月		
3月			3月			3月		
特徴			特徴			特徴		
計			計			計		

※上記は、 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

□問い合わせ先

伊勢原市

伊勢原市田中348番地

電話番号 0463-94-4711

様

伊勢原市長



介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

「介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書」により既に通知していますが、いまだ次のとおり、介護保険料が滞納となっていますので、介護保険法第66条第1項及び第2項の規定に基づき、 年 月 日以降にあなたが利用する介護（介護予防）サービスについて、保険給付の支払方法を変更し、保険給付を償還払いとすることに決定しましたので、通知します。

なお、支払方法変更の記載を行いますので、被保険者証を提出してください。

提出先 伊勢原市
提出期限 年 月 日

また、滞納保険料額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情があると認められる場合には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、速やかに申し出てください。

【保険料滞納の状況】

(単位：円)

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
4月			4月			4月		
5月			5月			5月		
6月			6月			6月		
7月			7月			7月		
8月			8月			8月		
9月			9月			9月		
10月			10月			10月		
11月			11月			11月		
12月			12月			12月		
1月			1月			1月		
2月			2月			2月		
3月			3月			3月		
特徴			特徴			特徴		
計			計			計		

※上記は、 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

□問い合わせ先

伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

この処分不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る判決を経た後に、判決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る判決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- ①審査請求をした日から3か月を経過しても判決がないとき。
- ②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- ③その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）終了申請書

伊勢原市長 殿

次のとおり、支払方法変更（償還払い化）終了の申請をします。

申請者	氏名				被保険者との関係					
	住所									
	電話番号									
被保険者	個人番号									
	被保険者番号									
	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和				
	氏名					年 月 日				
	住所									
	電話番号									

申請の理由（該当するものに印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	公費負担医療の受給を開始した。（公費負担医療の種類： （添付書類：手帳、受給者証、医療券等）
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害により、財産に著しい損害を受けた。 （添付書類：罹災証明書）
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障害又は長期入院により、その者の収入が著しく減少した。 （添付書類：障害又は長期入院を証明するもの）
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。 （添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類）
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。 （添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類）
<input type="checkbox"/>	生活保護を受給することになった。（福祉事務所名： （添付書類：生活保護証明書）
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料を全額納付した。（納付年月日： 年 月 日） （添付書類：介護保険料領収証書）
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料の一部を納付した。（納付年月日： 年 月 日） （添付書類：介護保険料領収証書）
<input type="checkbox"/>	その他

様

伊勢原市長



介護保険給付の支払方法変更終了承認・不承認決定通知書

被保険者氏名		被保険者番号																		
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日付けで申請のありました介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）措置の終了について、次のとおり決定しましたので、通知します。

終了申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
決定事項	支払方法変更の終了を 1 承認する。 (終了年月日： 年 月 日) 2 承認しない。		
承認・不承認の理由			

なお、終了が承認された場合は、被保険者証から支払方法変更の記載を削除しますので、被保険者証を次のとおり提出してください。

提出先 伊勢原市
提出期限 年 月 日

□問い合わせ先

伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

この処分不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様

伊勢原市長



介護保険給付の支払一時差止予告通知書

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

あなたは、要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの介護保険料は、次のとおり滞納となっています。

介護保険料が、滞納のままですと制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では、滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も保険料滞納の状態が続いた場合は、介護保険法第67条第1項及び第2項の規定に基づく保険給付の支払一時差止の措置をとることになりますので、予告します。

「保険給付の支払一時差止の措置」とは、介護保険料を1年6か月以上滞納している場合に、償還払いの対象となる保険給付の全部又は一部を差し止める制度です。

なお、特別な事情により、一括納付が困難な場合などは、担当まで御相談ください。

【保険料滞納の状況】

（単位：円）

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
4月			4月			4月		
5月			5月			5月		
6月			6月			6月		
7月			7月			7月		
8月			8月			8月		
9月			9月			9月		
10月			10月			10月		
11月			11月			11月		
12月			12月			12月		
1月			1月			1月		
2月			2月			2月		
3月			3月			3月		
特徴			特徴			特徴		
計			計			計		

※上記は、 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

問い合わせ先

伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

弁明の機会を付与する通知

この通知書について異議がある場合には、弁明をすることができますので、次の期限までに別紙弁明書を提出してください。

弁明書提出先 伊勢原市 伊勢原市田中348番地 0463-94-4711
弁明書提出期限 年 月 日

弁 明 書（支払一時差止）

伊 勢 原 市 長 殿

年 月 日付け 第 号で通知のあった介護保険給付の支払一時差止予告通知
 に対して、次のとおり弁明します。

弁明者 (届出者)	氏 名									被保険者との関係	
	住 所										
	電話番号										
被保険者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和			
	氏 名							年	月	日	
	住 所										
	電話番号										

弁明の理由（該当するものに印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害により、財産に著しい損害を受けた。 （添付書類：罹災証明書）
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障害又は長期入院により、その者の収入が著しく減少した。 （添付書類：障害又は長期入院を証明するもの）
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。 （添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類）
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。 （添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類）
<input type="checkbox"/>	生活保護を受給することになった。（福祉事務所名： _____） （添付書類：生活保護証明書）
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料を全額納付した。（納付年月日： _____年 月 日） （添付書類：介護保険料領収証書）
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料の一部を納付した。（納付年月日： _____年 月 日） （添付書類：介護保険料領収証書）
<input type="checkbox"/>	その他

様

伊勢原市長



介護保険給付の支払一時差止通知書

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

「介護保険給付の支払一時差止予告通知書」により、既に通知していますが、いまだ次のとおり、介護保険料が滞納となっていますので、介護保険法第67条第1項及び第2項の規定に基づき、 年 月 日以降にあなたが利用する介護（介護予防）サービスについて、保険給付を全部又は一部支払差止とすることに決定しましたので、通知します。

なお、今回給付の支払一時差し止めの対象となる介護（介護予防）サービス及び金額は、次のとおりです。

差し止めの対象となる介護（介護予防）サービス：	
差し止めの対象となる給付額	：

なお、この通知により保険給付の支払いの一時差し止めが行われた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、速やかに申し出てください。

【保険料滞納の状況】

（単位：円）

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
4月			4月			4月		
5月			5月			5月		
6月			6月			6月		
7月			7月			7月		
8月			8月			8月		
9月			9月			9月		
10月			10月			10月		
11月			11月			11月		
12月			12月			12月		
1月			1月			1月		
2月			2月			2月		
3月			3月			3月		
特徴			特徴			特徴		
計			計			計		

※上記は、 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

お問い合わせ先

伊勢原市

伊勢原市田中348番地

電話番号 0463-94-4711

この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

介護保険給付の支払一時差止終了申請書

伊 勢 原 市 長 殿

次のとおり、支払一時差止終了の申請をします。

申請者	氏 名									被保険者との関係	
	住 所										
	電話番号										
被保険者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和			
	氏 名							年	月	日	
	住 所										
	電話番号										

申請の理由（該当するものに印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害により、財産に著しい損害を受けた。 (添付書類：罹災証明書)
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障害又は長期入院により、その者の収入が著しく減少した。 (添付書類：障害又は長期入院を証明するもの)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	生活保護を受給することになった。(福祉事務所名：) (添付書類：生活保護証明書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料を全額納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料の一部を納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	その他

様

伊勢原市長



介護保険給付の支払一時差止終了承認・不承認決定通知書

被保険者氏名		被保険者番号																		
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日付けで申請のありました介護保険給付の支払一時差止措置の終了について、次のとおり決定しましたので通知します。

終了申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
決定事項	支払一時差止の終了を 1 承認する。 (終了年月日： 年 月 日) 2 承認しない。		
承認・不承認の理由			

なお、終了が承認された場合は、被保険者証から支払方法変更の記載を消除しますので、被保険者証を次のとおり提出してください。

提出先 伊勢原市
提出期限 年 月 日

□問い合わせ先
伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

この処分不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様

伊勢原市長



介護保険給付額減額等予告通知書

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

あなたは、要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの介護保険料は、催告書等でお知らせしているとおり滞納となっており、既に消滅時効によりさかのぼって納めていただくことができなかった保険料は、次のとおりとなります。

保険料未納の方に対し、通常の保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第69条第1項の規定により、次のとおり保険給付額の減額及び高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費の支給を行わないこととなりますので、予告します。

（保険給付額の減額：保険料が消滅時効となった期間に応じて、一定期間、給付割合を9割（又は8割）から7割（給付割合が7割である場合は6割）に引き下げる措置。）

なお、災害その他特別な事情があると認められる場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、被保険者証を添えて、速やかに申し出てください。

給付額減額の措置を行う期間	年 月 日 ~	年 月 日	
給付額減額措置の算定根拠	$\text{給付額減額期間} = \text{保険料徴収権消滅期間} \times \frac{\text{保険料徴収権消滅期間}}{\text{保険料徴収権消滅期間} + \text{保険料納付済期間}} \times \frac{1}{2}$		
	= 月（小数点以下切り捨て）		
年 度	徴収権消滅金額	納付済み額	年賦課額
年度	円	円	円

問い合わせ先
 伊勢原市
 伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

弁明の機会を付与する通知
 この通知書について異議がある場合には、弁明をすることができますので、次の期限までに別紙弁明書を提出してください。
 弁明書提出先 伊勢原市 伊勢原市田中348番地 0463-94-4711
 弁明書提出期限 年 月 日

弁 明 書（給付額減額）

伊 勢 原 市 長 殿

年 月 日付け 第 号で通知のあった介護保険給付額減額予告通知に対して、
次のとおり弁明します。

弁明者 (届出者)	氏 名									被保険者との関係	
	住 所										
	電話番号										
被保険者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和			
	氏 名							年	月	日	
	住 所										
	電話番号										

弁明の理由（該当するものに印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害により、財産に著しい損害を受けた。 (添付書類：罹災証明書)
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障害又は長期入院により、その者の収入が著しく減少した。 (添付書類：障害又は長期入院を証明するもの)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	生活保護を受給することになった。(福祉事務所名：) (添付書類：生活保護証明書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料を全額納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料の一部を納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	その他

様

伊勢原市長



介護保険給付額減額等決定通知書

被保険者氏名	被保険者番号
--------	--------

「介護保険給付額減額予告通知書」により、既に通知したとおり、介護保険法第69条第1項の規定に基づき、次のとおり保険給付額の減額及び高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費の支給を行わないことに決定しましたので、通知します。

（保険給付額の減額：保険料が消滅時効となった期間に応じて、一定期間、給付割合を9割（又は8割）から7割（給付割合が7割である場合は6割）に引き下げる措置。）

なお、災害その他特別な事情があると認められる場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、被保険者証を添えて、速やかに申し出てください。

給付額減額の措置を行う期間	年	月	日	～	年	月	日
給付額減額措置の算定根拠							
$\text{給付額減額期間} = \text{保険料徴収権消滅期間} \times \frac{\text{保険料徴収権消滅期間}}{\text{保険料徴収権消滅期間} + \text{保険料納付済期間}} \times \frac{1}{2}$							
= 月（小数点以下切り捨て）							
年度	徴収権消滅金額	納付済み額	年賦課額				
年度	円	円	円				

□問い合わせ先
 伊勢原市
 伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

この処分不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

介護保険給付額減額等終了申請書

伊 勢 原 市 長 殿

次のとおり、給付額減額終了の申請をします。

申請者	氏 名									被保険者との関係		
	住 所											
	電話番号											
被保険者	被保険者番号											
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和				
	氏 名							年	月	日		
	住 所											
	電話番号											

申請の理由（該当するものに印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害により、財産に著しい損害を受けた。 (添付書類：罹災証明書)
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障害又は長期入院により、その者の収入が著しく減少した。 (添付書類：障害又は長期入院を証明するもの)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	生活保護を受給することになった。(福祉事務所名：) (添付書類：生活保護証明書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料を全額納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料の一部を納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	その他

様

伊勢原市長



介護保険給付額減額等終了承認・不承認決定通知書

被保険者氏名		被保険者番号																		
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日付けで申請のありました介護保険給付額減額措置の終了について、次のとおり決定しましたので、通知します。

終了申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
決定事項	給付額減額の終了を 1 承認する。 (終了年月日: 年 月 日) 2 承認しない。		
承認・不承認の理由			

なお、終了が承認された場合は、被保険者証から支払方法変更の記載を削除しますので、被保険者証を次のとおり提出してください。

提出先 伊勢原市
提出期限 年 月 日

□問い合わせ先

伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会(〒231-8588 横浜市中区日本大通1)に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第 号
年 月 日

様

伊勢原市長



介護保険要介護認定等申請受理通知書

次の者に係る要介護（更新）認定・要支援（更新）認定の申請を受理したので通知いたします。
なお次の者について、介護保険法第68条第1項に規定する未納医療保険料等がある場合には、指定期日までにお知らせください。

指定期日 : 年 月 日

要介護（更新）認定等の申請を行った者

要 介 護 認 定 等 申 請 者	氏 名	
	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒
	介護被保険者番号	
	申 請 の 種 類	1.要介護（要支援）認定申請（新規） 2.要介護（要支援）認定申請（更新） 3.区分変更認定申請 4.その他 []
	申 請 年 月 日	年 月 日

加入している医療保険の状況

保 険 者 の 名 称	
保 険 者 番 号	
被保険者証記号番号	

□問い合わせ先

伊勢原市

伊勢原市田中348番地

電話番号 0463-94-4711

介護保険給付の支払一時差止等依頼書

年 月 日 号

伊勢原市長 殿
（医療保険者）

次の者について、 年 月 日付け第 号により要介護（更新）認定等の申請を受
理した旨の通知がありました。が、保険料の滞納状況は次のとおりであり、保険給付の一時差止等を依頼し
ます。

【保険料滞納者】

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒				
介護保険者番号		医療保険者番号			
介護保険者の名称		医療保険者の名称			
介護保険被保険者番号		医療保険被保険者証記号番号			

【保険料の滞納状況】

医療保険の加入期間： 年 月 日 から 年 月 日

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

（注1） 年 月 日現在

（注2） 保険料徴収債権が発生していない額（納付すべき時期が未到来の額）は含まない。

介護保険給付の支払一時差止等措置終了依頼書

年 月 日 号

伊勢原市長 殿
（医療保険者）

次の者について、 年 月 日付第 号により支払一時差止等を依頼していましたが、保険料の滞納状況は次のとおりであり、給付の一時差止等を終了することを依頼します。

保険料滞納者

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒				
介護保険者番号		医療保険者番号			
介護保険者の名称		医療保険者の名称			
介護保険被保険者番号		医療保険被保険者証記号番号			

【保険料の滞納状況】

医療保険の加入期間： 年 月 日 から 年 月 日

年度保険料			年度保険料			年度保険料		
期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額	期別	保険料額	うち滞納額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

(注1) 年 月 日現在

(注2) 保険料徴収債権が発生していない額（納付すべき時期が未到来の額）は含まない。

第 年 月 日

様

伊勢原市長



介護保険給付の給付一時差止予告通知書

被保険者氏名		被保険者番号																		
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

あなたは、要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの医療保険料等は、次のとおり滞納となっています。

医療保険料等が、滞納のままですと制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では、滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も医療保険料等の滞納の状態が続いた場合は、介護保険法第68条第1項及び第2項の規定に基づく保険給付の支払方法変更の措置（償還払い化）及び保険給付の一時差止の措置をとることになりますので、予告します。

「保険給付の支払方法変更の措置（償還払い化）」とは、介護（介護予防）サービスを受けたとき、サービス提供事業者に、一旦費用の全額を支払い、後日、領収書を添付して保険者負担分（費用の9割、8割又は7割）を保険者に対して請求する制度です。

「保険給付の給付一時差止」とは、償還払い化された保険給付について、償還払いの申請があった場合、医療保険料等の滞納の状況に応じて、償還払いの対象となる金額の全部又は一部について、支払の一時差し止めを行うものです。

【医療保険料等の滞納状況】 (単位：円)

医療保険の加入期間 年 月 日 ~ 年 月 日

年度医療保険料等			年度医療保険料等			年度医療保険料等		
期別	保険料額	うち未納医療保険料等の額	期別	保険料額	うち未納医療保険料等の額	期別	保険料額	うち未納医療保険料等の額
4月			4月			4月		
5月			5月			5月		
6月			6月			6月		
7月			7月			7月		
8月			8月			8月		
9月			9月			9月		
10月			10月			10月		
11月			11月			11月		
12月			12月			12月		
1月			1月			1月		
2月			2月			2月		
3月			3月			3月		
計			計			計		

※上記は、年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

□問い合わせ先
伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

□弁明の機会を付与する通知
この通知書について異議がある場合には、弁明をすることができますので、次の期限までに別紙弁明書を提出してください。
弁明書提出先 伊勢原市 伊勢原市田中348番地 0463-94-4711
弁明書提出期限 年 月 日

弁 明 書（給付一時差止）

伊 勢 原 市 長 殿

年 月 日付け 第 号で通知のあった介護保険給付の給付一時差止通知に
対して、次のとおり弁明します。

弁明者 (届出者)	氏 名									被保険者との関係	
	住 所										
	電話番号										
被保険者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和			
	氏 名							年	月	日	
	住 所										
	電話番号										

弁明の理由（該当するものに印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害により、財産に著しい損害を受けた。 (添付書類：罹災証明書)
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障害又は長期入院により、その者の収入が著しく減少した。 (添付書類：障害又は長期入院を証明するもの)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	生活保護を受給することになった。(福祉事務所名：) (添付書類：生活保護証明書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料を全額納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料の一部を納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	その他

伊勢原市指令（ ）第 年 月 日

様

伊勢原市長



介護保険給付の給付一時差止通知書

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

「介護保険給付の給付一時差止予告通知書」を送付しましたが、いまだ次のとおり医療保険料等が滞納となっておりますので、介護保険法第68条第1項の規定に基づき、 年 月 日以降に、あなたが利用する介護（介護予防）サービスについて、「保険給付の支払方法変更（償還払い化）」及び「保険給付の給付一時差止」の措置をとることに決定しましたので、通知します。

なお、保険給付の給付差止の記載を行いますので、被保険者証を提出してください。

提出先 伊勢原市
提出期限 年 月 日

また、この通知により、「保険給付の支払方法変更（償還払い化）」及び「保険給付の給付一時差止」の措置がとられた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、速やかに申し出てください。

【医療保険料等の滞納状況】

（単位：円）

年度医療保険料等			年度医療保険料等			年度医療保険料等		
期別	保険料額	うち未納医療保険料等の額	期別	保険料額	うち未納医療保険料等の額	期別	保険料額	うち未納医療保険料等の額
4月			4月			4月		
5月			5月			5月		
6月			6月			6月		
7月			7月			7月		
8月			8月			8月		
9月			9月			9月		
10月			10月			10月		
11月			11月			11月		
12月			12月			12月		
1月			1月			1月		
2月			2月			2月		
3月			3月			3月		
計			計			計		

※上記は、 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合は、速やかに申し出てください。

□問い合わせ先

伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

介護保険給付一時差止終了申請書

伊 勢 原 市 長 殿

次のとおり、給付一時差止終了の申請をします。

申請者	氏 名									被保険者との関係	
	住 所										
	電話番号										
被保険者	被保険者番号										
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和			
	氏 名							年	月	日	
	住 所										
	電話番号										

申請の理由（該当するものに印を付けてください。）

<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が、災害により、財産に著しい損害を受けた。 (添付書類：罹災証明書)
<input type="checkbox"/>	被保険者又は被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の死亡、心身の重大な障害又は長期入院により、その者の収入が著しく減少した。 (添付書類：障害又は長期入院を証明するもの)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により著しく減少した。 (添付書類：減少する前の所得額と減少後の所得額について証明できる書類)
<input type="checkbox"/>	生活保護を受給することになった。(福祉事務所名：) (添付書類：生活保護証明書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料を全額納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	滞納している保険料の一部を納付した。(納付年月日： 年 月 日) (添付書類：介護保険料領収証書)
<input type="checkbox"/>	その他

伊勢原市指令（ ）第 年 月 日 号

様

伊勢原市長



介護保険給付の給付一時差止終了承認・不承認決定通知書

被保険者氏名		被保険者番号																		
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日付けで申請のありました介護保険給付の給付一時差止の終了について、次のとおり決定しましたので、通知します。

終了申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
決定事項	給付一時差止の終了を 1 承認する。 (終了年月日： 年 月 日) 2 承認しない。		
承認・不承認の理由			

なお、終了が承認された場合は、被保険者証から支払方法変更の記載を削除しますので、被保険者証を次のとおり提出してください。

提出先 伊勢原市
提出期限 年 月 日

□問い合わせ先

伊勢原市
伊勢原市田中348番地 電話番号 0463-94-4711

この処分不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会（〒231-8588 横浜市中区日本大通1）に対して審査請求をすることができます。ただし、処分を知った日から3か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として、提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に係る裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき。②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。