

総社市告示第107号

総社市介護保険料滞納者に対する給付制限取扱要綱（平成17年総社市告示第19号）の一部を次のように改正する。

令和3年9月9日

総社市長 片岡 聡 一

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）を当該移動様式に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

| 改正後                               | 改正前                     |
|-----------------------------------|-------------------------|
| <u>様式第2号（第4条関係）</u><br>（別紙のとおり）   | <u>様式第2号（第4条関係）</u> 略   |
| <u>様式第3号（第4条関係）</u><br>（別紙のとおり）   | <u>様式第3号（第4条関係）</u> 略   |
| <u>様式第11号（第14条関係）</u><br>（別紙のとおり） | <u>様式第11号（第14条関係）</u> 略 |
| <u>様式第14号（第18条関係）</u><br>（別紙のとおり） | <u>様式第14号（第18条関係）</u> 略 |

附 則

この告示は、令和3年10月1日から施行する。





様式第3号（第4条関係）

代理人資格証明書

年 月 日

総社市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 日付け 第 号で弁明の機会の付与の通知があったことについて、次のとおり代理人を選任し、弁明の機会の付与に関する一切の行為をすることを委任したので、その資格を証明します。

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| 弁明の件名   | 介護保険給付の償還払い化（支払方法の変更）の決定について |
| 代理人住所   | 〒<br><br>電話番号                |
| 代理人氏名   |                              |
| 当事者との関係 |                              |

介護保険給付の支払一時差止め等依頼書

第 号  
年 月 日

総社市長 様

医療保険者  
代表者

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。保険料の滞納状況は以下のとおりであり、保険給付の一時差止め等を依頼します。

【保険料滞納者】

|            |   |               |  |
|------------|---|---------------|--|
| 氏名         |   | 生年月日          |  |
| 住所         | 〒 |               |  |
| 介護保険者番号    |   | 医療保険者の番号      |  |
| 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 日まで

| 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   |      |       |
| 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。

様式第14号（第18条関係）

（2号被保険者用）

介護保険給付の支払一時差止め等措置終了依頼書

第 号  
年 月 日

総社市長 様

医療保険者  
代表者

次の者について、 年 月 日付け 第 号により、支払一時差止め等を依頼していましたが、保険料の滞納状況は以下のとおりであり、保険給付の一時差止め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          |  | 年 月 日 |
| 住所         | 〒 |               |  |       |
| 介護保険者番号    |   | 医療保険者の番号      |  |       |
| 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 日まで

| 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   |      |       |
| 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。