

帳票レイアウト一覧【介護保険関係】

帳票名	ファイル形式	文字コード	出力項目シート名称	区切り文字、及び文字列の引用符	備考
・当初決定通知書 ・月次決定・変更通知書(決定) ・月次決定・変更通知書(変更)	CSV	UNICODE (UTF-8)	保険料納付通知書	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	
・同封用納付書(当初通知用) ・当初一括用納付書 ・同封用納付書(月次通知用) ・督促状	CSV	UNICODE (UTF-8)	納付書・督促状	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	
・催告書	CSV	UNICODE (UTF-16)	催告書	区切り:カンマ 文字列の引用符:ダブルクォーテーション囲み	
・同封用納付書(催告用)	CSV	UNICODE (UTF-16)	納付書(催告用)	区切り:カンマ 文字列の引用符:ダブルクォーテーション囲み	
・介護保険負担割合証	CSV	UNICODE (UTF-8)	負担割合証	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.128,129
・介護保険負担限度額認定証 ・介護保険負担限度額認定決定通知書	CSV	UNICODE (UTF-8)	負担限度額認定証&決定通知	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.96,108,109 認定証と通知書で1つのファイル
・高額医療合算介護サービス費支給決定通知書	CSV	UNICODE (UTF-8)	高額合算通知	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.213
・高額介護サービス費支給決定通知書 ※被保険者向け	CSV	UNICODE (UTF-8)	高額通知	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.200
・高額介護サービス費支給決定通知書〔受領委任〕 ※被保険者向け	CSV	UNICODE (UTF-8)	高額通知(受領委任)被保険者	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.204
・高額介護サービス費支給決定通知書〔受領委任〕 ※事業者向けカガミ	CSV	UNICODE (UTF-8)	高額通知(受領委任)事業者	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.203
・高額介護サービス費支給決定通知書〔受領委任〕 ※事業者向け明細	CSV	UNICODE (UTF-8)	高額通知(受領委任)事業者明細	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	レイアウトは契約後調整(添付は 現行のレイアウトです。)
・居宅介護住宅改修費支給決定通知書 ※被保険者向け ・居宅介護福祉用具購入費支給決定通知書 ※被保険者向け	CSV	UNICODE (UTF-8)	償還払通知	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.186 国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.187
・居宅介護住宅改修費支給決定通知書(現物給付) ※被保険者向け ・居宅介護福祉用具購入費支給決定通知書(現物給付) ※被保険者向け	CSV	UNICODE (UTF-8)	償還お知らせ(受領委任)	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.193 国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.194
・居宅介護住宅改修費支給決定通知書〔受領委任〕 ※事業者向けカガミ ・居宅介護福祉用具購入費支給決定通知書〔受領委任〕 ※事業者向けカガミ	CSV	UNICODE (UTF-8)	償還払通知(受領委任)	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.189 国標準仕様書(ver.4.0) (別紙4)帳票レイアウト p.190
・居宅介護住宅改修費支給決定通知書〔受領委任〕 ※事業者向け明細 ・居宅介護福祉用具購入費支給決定通知書〔受領委任〕 ※事業者向け明細	CSV	UNICODE (UTF-8)	償還払通知(受領委任)明細	区切り:セミicolon 文字列の引用符:無し	レイアウトは契約後調整(添付は 現行のレイアウトです。)

<各出力項目の「形式」に用いる記号について>

- X： 英数字
- 9： 符号無数値
- N： 全角文字（漢字又はカナ）
- S 9： 符号有数値

G251G001_保険料納付通知書（決定通知書）
帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト

1		8		9		10	
3		4		11		14	
5		12		13		15	
2		6		7		16	
17		18		19		20	
21		22		23		24	
25		26		27		28	
29		30		31		32	
33		34		35		36	
37		38		39		40	
41		42		43		44	
45		46		47		48	
49		50		51		52	
53		54		55		56	
57		58		59		60	
61		62		63		64	
65		66		67		68	
69		70		71		72	
73		74		75		76	

被保険者番号 被保険者氏名 性別 MM

生年月日 住所

決定年月日 決定理由

年間保険料額

月	期別	特別徴収	普通徴収	普通徴収の場合の納期限
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
合計額				

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 ⑤ (③-④)

保険料算出の根拠

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

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関	口座種別	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

納入場所

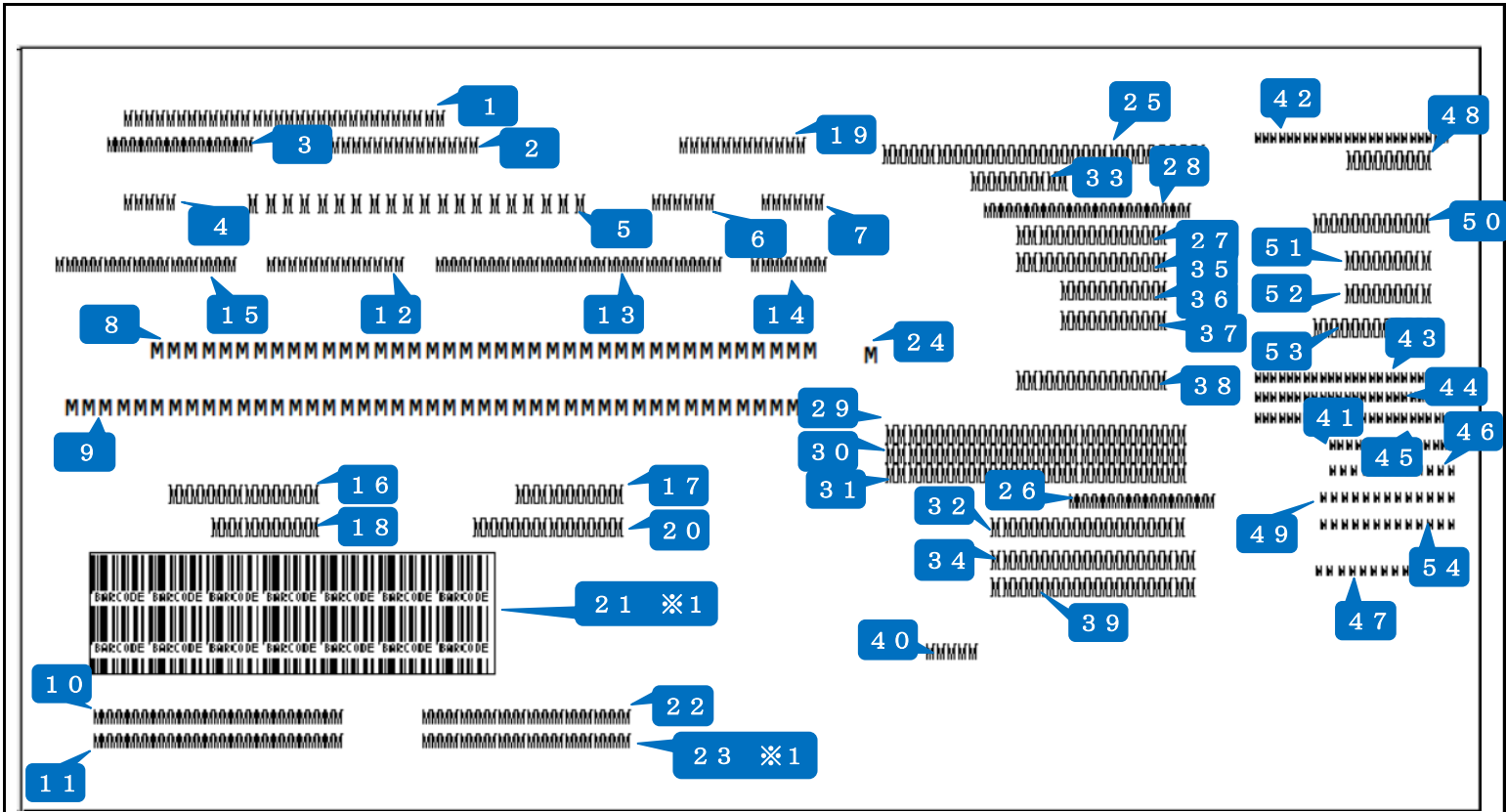
G251G003_保険料納付通知書（変更通知書）
帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト

1										9									
3										10									
4										11									
5										12									
6										13									
7										14									
8										15									
16										17									
18										19									
20										21									
22										23									
24										25									
26										27									
28										29									
30										31									
32										33									
34										35									
36										37									
38										39									
40										41									
42										43									
44										45									
46										47									
48										49									
50										51									
52										53									
54										55									
56										57									
58										59									
60										61									
62										63									
64										65									
66										67									
68										69									
70										71									
72										73									
74										75									
76										77									
78										79									
80										81									
82										83									
84										85									
86										87									
88										89									
90										91									
92										93									
94										95									
96										97									
98										99									
100										101									

コンビニ納付書
帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト



※1 バーコード無の帳票定義体を使用する場合は、非表示となります。

帳票レイアウト

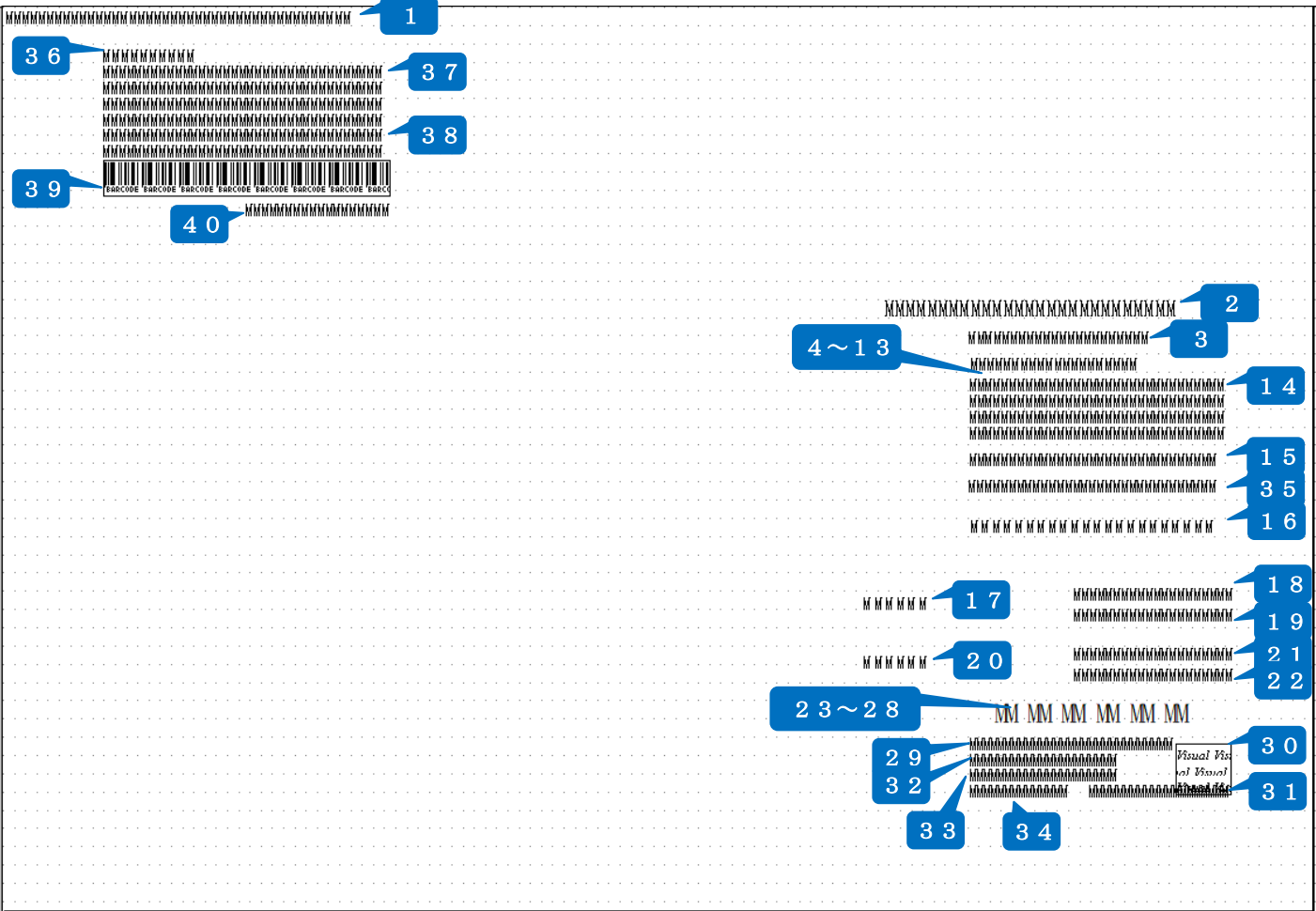
The diagram illustrates the layout of a Japanese health insurance payment slip (健康保険料納付書) with numbered callouts (1-41) pointing to specific fields and features:

- 1:** Top-left barcode area.
- 2:** Top-right barcode area.
- 3:** Top-right barcode area.
- 4:** Top-right barcode area.
- 5:** Left-side barcode area.
- 6:** Top-left barcode area.
- 7:** Top-left barcode area.
- 8:** Top-left barcode area.
- 9:** Top-left barcode area.
- 10:** Top-right barcode area.
- 11:** Box containing the insured person's number (被保険者番号) and the payer's name (納付義務者氏名).
- 12:** Insured person's number (被保険者番号).
- 13:** Payer's name (納付義務者氏名).
- 14:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 15:** Ordinary contribution (普通徴収分).
- 16:** Special contribution (特別徴収分).
- 17:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 18:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 19:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 20:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 21:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 22:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 23:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 24:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 25:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 26:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 27:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 28:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 29:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 30:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 31:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 32:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 33:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 34:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 35:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 36:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 37:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 38:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 39:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 40:** Total payment amount (納付済保険料額).
- 41:** Total payment amount (納付済保険料額).

負担割合証
帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト

(表面)



(裏面)

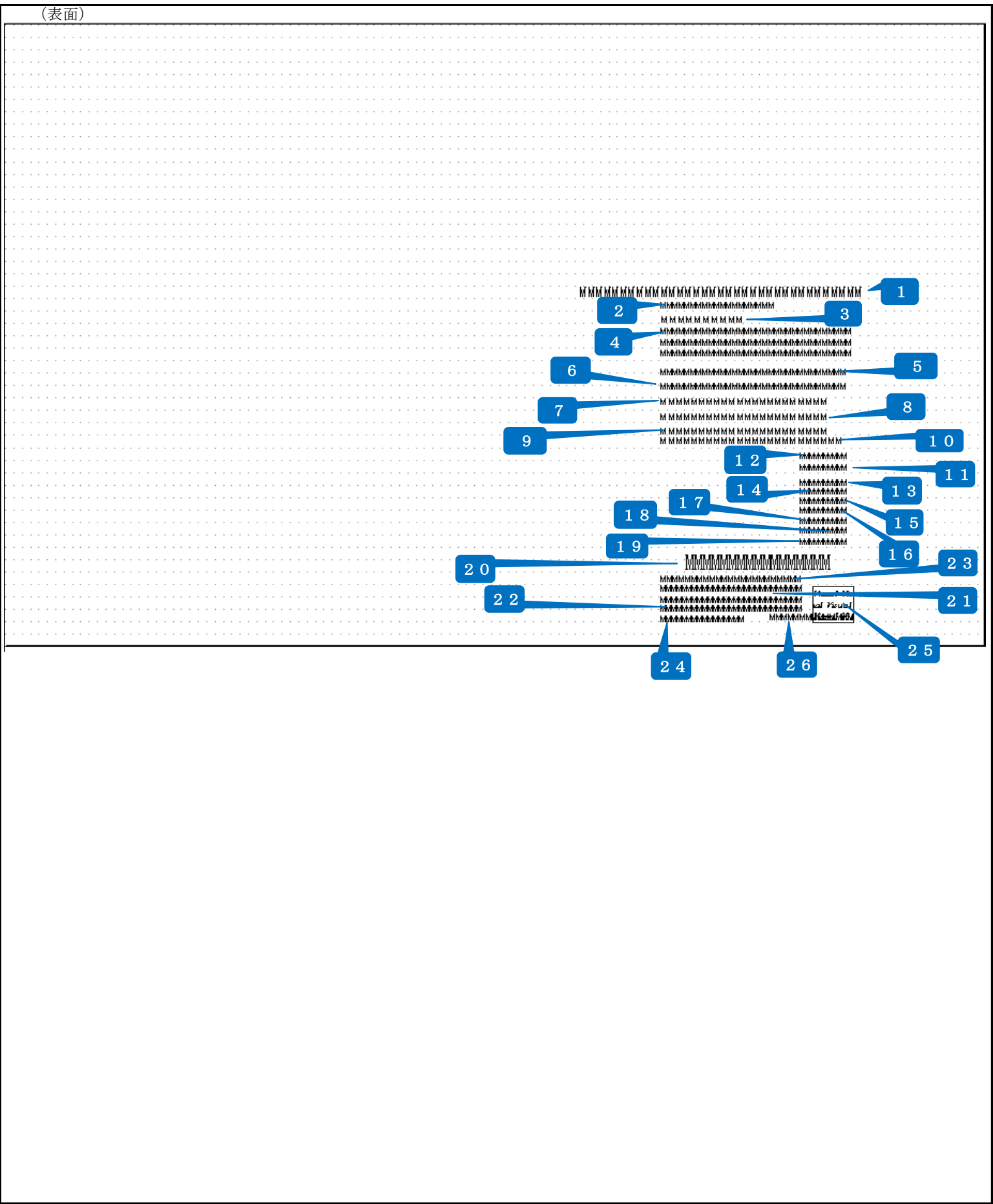
41

介護保険負担限度額認定証 帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト

(表面)

Technical drawing of a mechanical part, labeled "(表面)" (Surface). The drawing shows a cross-section of a component with various features and dimensions. The dimensions are labeled with numbers 1 through 26, indicating specific measurements or features. The drawing is oriented vertically, with the top of the part on the right. The part has a central vertical shaft with a flange at the top and a base. The shaft has several steps or changes in diameter. Dimensions are indicated by blue lines and numbers: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. A small rectangular feature is labeled "穴" (hole) and "R1.5". The drawing is set against a grid background.



(裏面)

[illegible]

27

介護保険負担限度額認定決定通知書 帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト

1		2		3		4	
6		5		13		11	
7		10		12		14	
8		9		15		16	
17		18		19		20	
21		22		23		24	
25		26		27		28	
29		30		31		32	
33		34		35		36	
37		38		39		40	
41		42		43		44	
45		46		47		48	
49		50		51		52	
53		54		55		56	
57		58		59		60	
61		62		63		64	
65		66		67		68	
69		70		71		72	
73		74		75		76	
77		78		79		80	
81		82		83		84	
85		86		87		88	
89		90		91		92	
93		94		95		96	
97		98		99		100	

高額医療合算介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書 帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト

1		2		3		4	
5		6		7		8	
9		10		11		12	
13		14		15		16	
17		18		19		20	
21		22		23		24	
25		26		27		28	
29		30		31		32	
33		34		35		36	
37		38		39		40	
41		42		43		44	
45		46		47		48	
49		50		51		52	
53		54		55		56	
57		58		59		60	
61		62		63		64	

介護保険高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書
帳票CSVファイルレイアウト

帳票レイアウト

66		43		44		45	
47		48		46		52	
49		50		54		53	
51		55		53		53	
1		3		4		5	
6		7		8		9	
10		11		12		2	
14		被保険者番号		被保険者氏名		13	
16		サービス提供年月		15		17	
決定年月日		17		18		18	
給付の種類		19		20		21	
支給可否		20		21		22	
本人支払額		22,222,229円		支給金額		22,222,229円	
不支給の理由		23		24		25	
振込口座		金融機関		29		31	
口座種目		27		33		26	
口座名義人		28		30		32	
振込予定日		36		37		38	
窓口払		56		39		40	
お持ちいただくもの		39		40		41	
支払場所		40		41		42	
支払期間		41		42		43	
57		58		59		60	
61		62		63		64	
65		66		67		68	
69		70		71		72	
73		74		75		76	
77		78		79		80	
81		82		83		84	
85		86		87		88	
89		90		91		92	
93		94		95		96	
97		98		99		100	

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費支給（不支給）のお知らせ
（受領委任払）

申請年月日に申請のありました給付費「固定文言1＋編集1」決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
決定年月日			
給付の種類			
支給可否			
本人支払額		支給金額	
不支給の理由			
受領委任事業者名			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集2		

※ 支給金額については、受領委任払であるため事業者に支払われます。

固定文言4

自由記載1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名1を被告として（訴訟「不服の申立て及び取消訴訟」の者は市町村長）となります。）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。

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長

印

介護保険高額介護（予防）サービス費受領委任払支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費に、固定文言1と編集1定しましたので通知します。

事業者番号		事業者名称	
支払件数		支払金額	
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	給付の種類	決定年月日	支給 可否	本人支払額	支給金額	備 考
			自由記載1				

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名1を被告として（訴訟 **不服の申立て及び取消訴訟** の者は 市町村長 となります。）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。

高額介護(予防)サービス費支給(不支給)決定通知書〔受領委任〕

事業者番号	
-------	--

[illegible]

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費（固定文言1）（編集1）決定しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
サービス提供年月							
受付年月日				決定年月日			
本人支払額							
支給可否				支給金額			
不支給の理由							
振込口座	金融機関						
	口座種目				口座番号		
	口座名義人						
振込予定日							

改修の内容							
改修金額				支給対象基準額			
窓口払 お持ちいただくもの	自由記載1	支給場所					
		支払期間					

(お問合せ先)

〇〇市介護保険課

住 所 123-4567 〇〇市〇〇1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名1を被告として（訴訟 **不服の申立て及び取消訴訟** する者は 市町村長 となります。）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。

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費「固定文言 1」+編集 1 決定しましたので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名			
サービス提供年月							
受付年月日				決定年月日			
本人支払額							
支給可否				支給金額			
不支給の理由							
振込口座	金融機関						
	口座種目				口座番号		
	口座名義人						
振込予定日							

福祉用具	種 目		購入金額	
	品 目 名		支給対象基準額	
窓口払	お持ちいただくもの	自由記載 1	支給場所	
			支払期間	

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名 1 を被告として（訴訟 **不服の申立て及び取消訴訟** 提起する者は 市町村長 となります。）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。

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給（不支給）のお知らせ
（受領委任払）

申請年月日に申請のありました給付費に固定文言 1+編集 1 決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
本人支払額			
支給可否		支給金額	
不支給の理由			
受領委任事業者名			

改修の内容	
改修金額	支給対象基準額

自由記載 1

※ 支給金額については、受領委任払であるため事業者に支払われます。

固定文言 2

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名 1 を被告として（訴訟 **不服の申立て及び取消訴訟** の者は 市町村長 となります。）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。

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給（不支給）のお知らせ
（受領委任払）

申請年月日に申請のありました給付費「固定文言1」+編集1決定しましたのでお知らせします。

被保険者番号		被保険者氏名	
サービス提供年月			
受付年月日		決定年月日	
本人支払額			
支給可否		支給金額	
不支給の理由			
受領委任事業者名			

福祉用具	種目	購入金額	
	品目名	支給対象基準額	

自由記載1

※ 支給金額については、受領委任払であるため事業者に支払われます。

固定文言2

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名1を被告として（訴訟不服の申立て及び取消訴訟する者は市町村長となります。）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。

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修受領委任払支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費に、固定文言1＋編集1定しましたので通知します。

事業番号		事業者名称	
支払件数		支払金額	
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	受付年月日 決定年月日	支給 可否	本人支払額	支給金額	備 考
			自由記載 1			

(お問合せ先)

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名1 を被告として（訴訟 **不服の申立て及び取消訴訟** の者は 市町村長 となります。）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。

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払支給決定通知書

申請年月日に申請のありました給付費に、固定文言1と編集1定しましたので通知します。

事業者番号		事業者名称	
支払件数		支払金額	
振込口座	金融機関		
	口座種目	口座番号	
	口座名義人		
振込予定日			

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	受付年月日 決定年月日	支給 可否	本人支払額	支給金額	備 考
			自由記載1			

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する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、市町村名1 を被告として（訴訟**不服の申立て及び取消訴訟**する者は市町村長 となります。）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。

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給決定通知書〔受領委任〕

事業番号	
------	--

[illegible]

給付の種類

- | | | | | | | | |
|----|----------------|----|--------------------|------|---------------------|------|--|
| 11 | 訪問介護 | 43 | 居宅介護支援 | 26 | 介護予防認知症高齢者介護（短期療養） | 75 | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| 12 | 訪問入浴介護 | 51 | 介護老人福祉施設サービス | 34 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 77 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| 13 | 訪問看護 | 52 | 介護老人保健施設サービス | 35 | 介護予防認知症対応型居宅生活介護 | 78 | 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型） |
| 14 | 訪問リハビリテーション | 53 | 介護療養型医療施設サービス | 44 | 特定介護予防福祉用具取扱 | 79 | 定期定額・随時対応訪問看護 |
| 15 | 訪問介護 | 59 | 認知症高齢者介護サービス等 | 45 | 介護予防住宅改修 | 79-1 | 複合型サービス（看護・小規模多機能型居宅介護・特定認知症対応型共同生活介護） |
| 16 | 訪問介護・リハビリテーション | 62 | 介護予防認知症高齢者介護 | 71 | 夜間対応型訪問介護 | 79-2 | 特定認知症対応型共同生活介護（短期利用型） |
| 17 | 福祉用具等 | 63 | 介護予防認知症高齢者介護 | 72 | 認知症対応型通所介護 | 79-3 | 地域密着型特定認知症対応型共同生活介護（短期利用型） |
| 21 | 短期入所生活介護 | 64 | 介護予防訪問リハビリテーション | 73 | 小規模多機能型居宅介護 | 79-4 | 小規模多機能型居宅介護（短期利用型） |
| 22 | 短期入所療養介護（短期老人） | 65 | 介護予防通所介護 | 74 | 認知症対応型共同生活介護 | 79-5 | 地域密着型通所介護 |
| 23 | 短期入所療養介護（短期療養） | 66 | 介護予防訪問リハビリテーション | 36 | 地域密着型認知症対応型入居者生活介護 | 79-6 | 複合型サービス（看護・小規模多機能多機能型居宅介護・短期利用型） |
| 31 | 居宅介護管理指導 | 67 | 介護予防福祉用具利用 | 74 | 認知症対応型共同生活介護（短期利用型） | 80 | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| 32 | 特定施設入居者生活介護 | 68 | 介護予防福祉用具利用 | 74-1 | 地域密着型認知症対応型共同生活介護 | 80-1 | 特約・前掲特別割付等 |
| 41 | 特別介護老人福祉施設 | 25 | 介護予防短期入所療養介護（短期老人） | 74-2 | 介護予防認知症対応型通所介護 | | |
| 42 | 住宅改修 | | | | | | |

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給決定通知書〔受領委任〕

事業番号	
------	--

[illegible]

給付の種類

- | | | | | | | | |
|----|----------------|----|-------------------|----|---------------------|-----|-------------------------------|
| 11 | 訪問介護 | 43 | 居宅介護支援 | 26 | 介護予防期居宅介護サービス等 | 75 | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |
| 12 | 短期入所介護 | 44 | 介護老人福祉施設サービス | 34 | 介護予防地域介護管理指導 | 76 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| 13 | 訪問看護 | 52 | 介護老人保健施設サービス | 35 | 介護予防特定施設入居者生活介護 | 39 | 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型） |
| 14 | 訪問リハビリテーション | 53 | 介護療養型医療施設サービス | 44 | 特定介護予防福祉用具販売 | 76 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 15 | 通所介護 | 59 | 特定入所介護サービス等 | 45 | 介護予防生活改修 | 77 | 複合型サービス（看護・小規模多機能型居宅介護） |
| 16 | 介護予防リハビリテーション | 60 | 介護予防訪問看護 | 46 | 介護予防支援 | 27 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 17 | 福祉用具貸与 | 62 | 介護予防短期入所介護 | 47 | 認知症対応型訪問介護 | 28 | 地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型） |
| 21 | 短期入所生活介護 | 63 | 介護予防訪問看護 | 72 | 認知症対応型通所介護 | 68 | 小規模多機能型居宅介護（短期利用型） |
| 22 | 短期入所療養介護（短期老人） | 64 | 介護予防訪問リハビリテーション | 73 | 小規模多機能型居宅介護 | 78 | 地域密着型通所介護 |
| 23 | 短期入所療養介護（短期療養） | 65 | 介護予防訪問看護 | 32 | 認知症対応型共同生活介護 | 79 | 複合型サービス（看護・小規模多機能型居宅介護、短期利用型） |
| 31 | 居宅介護管理指導 | 66 | 介護予防訪問リハビリテーション | 36 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 79 | 複合型サービス（看護・小規模多機能型居宅介護） |
| 32 | 介護予防生活介護 | 67 | 認知症対応型訪問介護 | 48 | 認知症対応型共同生活介護（短期利用型） | 80 | 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型） |
| 41 | 特定福祉用具販売 | 25 | 介護予防期居宅介護サービス等 | 54 | 地域密着型介護老人福祉施設 | その他 | （市町村特別給付等） |
| 42 | 生活改修 | 25 | 介護予防期入所療養介護（短期老人） | 74 | 介護予防認知症対応型通所介護 | | |