様式第３２号の３

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 様 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 小野町介護保険自己負担額証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 下記のとおり証明いたします。 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | 証明対象年度 | | | | |  | | | | |
| 自己負担額証明書整理番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | |  | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 対象となる計算期間 | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計算期間において被保険者であった期間 | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供年月 | | | | | | 自己負担額 | | | | | | | | うち70歳～74歳の者に係る自己負担額 | | | | | | | | | | | 摘　要 | | | | | | |
| 年　８月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　９月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年１０月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年１１月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年１２月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　１月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　２月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　３月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　４月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　５月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　６月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　７月分 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 計 | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 平成　　年　　月　　日  　　〒 　　福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻９２番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小野町長　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 【保険者連絡用】 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| （問い合わせ先） 　〒963-3492 　福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻92番地 　福島県田村郡小野町役場　　　　　　　　　　課 　電話番号  （計算結果送付先） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

備　考

１．この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。

記入上の注意事項

１．「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。

２．「自己負担額証明書整理番号」は以下の番号体系にて採番した番号を記載すること。

　 「証明対象年度西暦（４桁）＋９９＋保険者番号（６桁）＋保険者が付する通し番号（８桁）」

　　なお、保険者が付する通し番号は、証明対象年度ごとに発行順に１から付番すること。

３．「対象となる計算期間」中に、当該介護保険において複数の被保険者期間を有する等により被保険者番号が複数ある場合

は、次のいずれかにより記載すること。

①すべての被保険者番号に係る被保険者期間を通算して記載する場合

　「被保険者番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載すること。

　また、被保険者期間に空白期間がある場合については、「計算期間において被保険者であった期間」欄の初日について

　は、計算期間中の最初の資格取得日（計算期間の初日以前の資格取得の場合は計算期間の初日）を、同欄の末日につい

　ては、計算期間中の最後の資格喪失日の前日を記載することとし、その間の資格取得日及び資格喪失日（空白期間に係

るものに限る。）をそれぞれの日が属する月の「摘要」欄に記載すること。

　例）　４月１日に資格喪失し、５月１日に再度資格取得した場合

　　　　　　４月分の摘要欄：「４月１日資格喪失」　　５月分の摘要欄：「５月１日資格取得」

　　②被保険者番号ごとに証明書を発行する場合

　　　「被保険者番号」欄及び「計算期間において被保険者であった期間」欄には、当該証明書に記載する被保険者期間に係

　　　るものを記載すること。

４．「対象となる計算期間」中に給付制限を受けており、自己負担が３割となっている期間については、該当月の「自己負担

額」欄（「うち７０歳～７４歳の者に係る自己負担額」欄）には零を記載し、「摘要」欄に「給付額減額」と記載するこ

と。

５．【保険者連絡用】の（問い合わせ先）については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を

　　記載すること。

６．【保険者連絡用】の（計算結果送付先）については、計算結果の送付先が（問い合わせ先）と異なる場合のみ記載するこ

と。