様式第14号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者資格職権処理調査票　　　　年　月　日作成 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 資格取得年月日 | | | | | | | 年　月　日 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 明・大・昭　年　月　日 | | | |  |
| 性別 | | | | | | 男・女 | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 調査内容 | 郵便物戻り | 4月 | 5月 | | 6月 | | | 7月 | | 8月 | | 9月 | | | 10月 | | 11月 | | | 12月 | | 1月 | | 2月 | 3月 | | 住民登録 |  |
| 被保険者証 |  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | | 有・無 |
| 通知書 |  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |
| 納付書 |  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |
| 督促状 |  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |
| 転出先　　年　　月　　日　　転居・市外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 呼出通知  年　月　日  発送  年　月　日  戻り |
| 来所期限  年　月　日 |
| 調査経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未納 | 年度　　期から　　　年度　　期  年度　　期から　　　年度　　期  年度　　期から　　　年度　　期 | | | | | | | | | | | | | | | | 最終納入 | | | | | | 年度　　　期 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処理日　　　　　　　　　　年　　月　　日  住民登録主管課連絡日　　　年　　月　　日  資格喪失日　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 調査員氏名 | | | | | | | |

注意事項

1　介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定(認定)を受けてください。

2　介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

3　病院、診療所、介護老人保健施設又は訪問看護若しくは訪問リハビリテーションを行う事業所から介護サービスを受ける場合は、その証に老人保健の健康手帳を添えて、事業者又は介護保険施設に提出してください。

4　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護費用(入院又は入所時に食事に要する費用を除く。)の一割です。(居宅介護支援サービスの利用時支払額はありません。)また、入院又は入所時における食事に要する費用については、一日につき定額の標準負担額となります。但し、在宅サービスについては、あらかじめ居宅介護支援事業者に介護サービス計画の作成を依頼し、その旨を小野町役場に届け出るか、自ら介護サービス計画を作成し、小野町役場に届け出た場合に限ります。これらの手続をしない場合は、給付は市町村からの事後払いになります。

5　在宅サービスには給付の限度額が設定されます。

6　認定審査会意見等の欄に記載がある場合は、その事項に留意して下さい。また、利用できるサービスの指定がある場合は、当該サービス以外は給付を受けられません。

7　死亡、転出等の理由により、被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を小野町役場に返してください。

8　この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、小野町役場にその旨を届け出てください。

9　資格者証の有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに、小野町役場に提出して、検認又は更新を受けてください。

10　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

11　災害等特別の事情がないのに保険料を滞納したときは、給付を小野町からの事後払いとする　措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割とする措置(給付額減額等)等を受ける場合があります。