

一宮町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和4年4月1日

一宮町長

馬淵昌也



一宮町規則第22号

一宮町介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

一宮町介護保険条例施行規則（平成25年一宮町規則第16号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式、別記第5号様式、別記第12号様式、別記第13号様式、別記第16号様式、別記第19号様式、別記第28号様式、別記第29号様式、別記第42号様式、別記第44号様式及び別記第54号様式を次のとおり改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。ただし、この規則による改正後の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第16号様式、別記第19号様式、別記第28号様式、別記第29号様式及び別記第54号様式の規定は令和3年4月1日から適用し、この規則による改正後の別記第42号様式及び別記第44号様式の規定は令和3年8月1日から適用する。

別記様式第1号 (第2条第1項関係)

別記第1号様式 (第2条第1項)

介護保険資格取得・異動・喪失届

一宮町長 横

次のとおり届け出ます。

[illegible]

別記様式第5号（第2条第5号関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

一宮町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号															
	フリガナ																	
	被保険者氏名																	
	生年月日							性別										
	住 所	〒 電話番号																

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 受給資格証明書 3 負担限度額認定証 4 負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
--------	--	-------------------	--

別記様式第12号（第8条関係）

介護保険〔 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 〕 申請書

一宮町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号										
	医療 保険	保険者名										保険者番号										
	被保険者証	記 号										番 号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏 名											性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒										電話番号										
	前回の要介護 認定の結果等	※要介護・要支 援更新認定の場 合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2																			
			有効期限 年 月 日 から 年 月 日																			
		※14日以内 に他自治体か ら転入した者 のみ記入	転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 [既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください] 「はい」の場合、申請日 年 月 日																			
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年 月 日 ～ 年 月 日									
介護保険施設の名称等・所在地										期間	年 月 日 ～ 年 月 日											
医療機関等の名称等・所在地										期間	年 月 日 ～ 年 月 日											
医療機関等の名称等・所在地										期間	年 月 日 ～ 年 月 日											

提出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院）									
	住 所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所 在 地	〒 電話番号																				

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、一宮町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

別記様式第13号（第9条関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

一宮町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号											
	医療 保険	保険者名											保険者番号										
		被保険者証 記 号						番 号						校 番									
	フリガナ											生年月日	年 月 日										
	氏 名											性 別	男 ・ 女										
	住 所	〒										電話番号											
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2													
		有効期限	年 月 日 から										年 月 日										
	変更申請の 理由																						
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地											期間	年 月 日 ～ 年 月 日									
介護保険施設の名称等・所在地												期間	年 月 日 ～ 年 月 日										
医療機関等の名称等・所在地												期間	年 月 日 ～ 年 月 日										
医療機関等の名称等・所在地												期間	年 月 日 ～ 年 月 日										

費 出 代 行 者	名 称	22号に①（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護保険院）																	
	住 所	〒 電話番号																	

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所 在 地	〒										電話番号										

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、一宮町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

別記様式第16号 (第12条第1項関係)

[illegible][illegible]

※ 後付資料が提出された場合は、
本頁に第 4 頁から記入して下さい。

【※ 第 5 頁は、本表の下の第 5 頁の該当する番号・記号を記入して内容に記入下さい。】

特記事項

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

別記様式第19号（第13条第1項第2号関係）

主治医意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
			連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭・平・令 年 月 日頃)	
2.	発症年月日	(昭・平・令 年 月 日頃)	
3.	発症年月日	(昭・平・令 年 月 日頃)	
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			

2. 特別な医療（過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスビレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の管理	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ☐ 褥瘡の処置				
処置への対応	☐ カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	症状名： _____ 専門医受診の有無 ☐ 有 (科) ☐ 無

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス ()

□特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

□血圧 () □摂食 () □嚥下 ()

□移動 () □運動 () □その他 ()

□特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

□ 認定結果情報の送付を希望する

別記様式第28号（第21条第1項関係）

別記第28号様式（第21条第1項）

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

										区 分	
										新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生年月日					性 別	
					昭和 年 月 日						
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者											
事業者の事業所名					事業者の所在地 〒						
居宅介護支援事業者事業所番号					電話番号						
事業者を変更する場合の事由等					※事業所を変更する場合のみ記入してください。						
変更年月日 (年 月 日付)											
一宮町長 様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 氏 名 印											
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号									

(注意)

- この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに一宮町へ提出してください。
- 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず一宮町に届け出してください。
届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

別記様式第29号（第21条第2項関係）

別記第29号様式（第21条第2項）

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区 分 新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		年 月 日	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地		〒
介護予防支援事業者事業所番号		電話番号（ ）	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地		〒
居宅介護支援事業所番号			
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入して下さい。			
変更年月日 （ 年 月 日付）			
一宮町長 様 上記の居宅介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届出します。 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号（ ） 印			
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号		
	1	2	

（注意）

- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まりの期までに一宮町へ提出してください。
- 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず一宮町に届出てください。
届出のうえ、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 利用地域外（対馬諸島）へ入居中の場合は、その施設の利用地の市町村窓口へ提出してください。

別記様式第42号（第29条第1項関係）

介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

一宮町長様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		介護保険法施行規則第83条の5第1号に係る申請									
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日		個人番号									
住 所		性 別									
住所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）		連絡先									
入所（院）年月日（※）		（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。									
配偶者の有無		有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。							
配偶者に関する事項	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日		年 月 日		個人番号						
	住 所		連絡先								
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）										
	課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税								
収入等に関する申告	☐ ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者		受給している全ての年金の保険者に○をして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済								
	☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○して下さい。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、単子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。										
	☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。										
	☐ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、②～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。										
	預貯金額	円	有価証券 （簿価概算額）	円	その他 （現金・負債を含む）	円	（ ） 円 ※内訳を記入して下さい。				

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- （1）この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- （2）預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- （3）書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- （4）虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

一宮町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、一宮町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

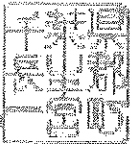
氏名

（ ）

別記第44号様式を次のように改める。

別記様式第44号（第29条第2項関係）

（表 面）

介護保険負担限度額認定証		
交付年月日 年 月 日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	適用年月日	
	有効期限	
食費の負担限度額		(介護予防)短期入所生活(療養)介護 円 その他のサービス 円
居住費又は滞在費 の 負 担 限 度 額		ユニット型個室 円 ユニット型個室的多床室 円 従来型個室(特養等) 円 従来型個室(老健・療養等) 円 多床室 円
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		

(裏 面)

注意事項

- 1 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養型」という。）を利用する際には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 2 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口提出してください。
- 3 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 4 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、市町村にその旨を届け出てください。
- 5 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。

別記様式第54号（第38条第1項関係）

令和 年 月 日 労働局長 様（検判決定（補入）通知書）

労働局長 様

※この通知書は労働基準法第38条第1項関係の労働基準監督署長から労働局長へ送付する通知書です。



労働基準監督署長 様	通知書番号
労働基準監督署長 様へ送付する通知書です。	
納付していただく金額	円
年 間 別 収 入 額 の 合 計 (特別徴収額+特別徴収額)	円
特別徴収額合計額	円
特別徴収額合計額	円

収入通知書
労働基準監督署長 様へ送付する通知書
〒209-4395 千葉県千葉市中央区宮田 宮田 宮田 宮田
電話 (0475) 2-1437 (直通)

○普通徴収額の内訳

普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額
普通徴収額	円	円	円	円	円
普通徴収額	円	円	円	円	円
普通徴収額	円	円	円	円	円

普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額
普通徴収額	円	円	円	円	円
普通徴収額	円	円	円	円	円
普通徴収額	円	円	円	円	円

○特別徴収額合計の内訳（年金受給額から天引される額）

普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額	普通徴収額
普通徴収額	円	円	円	円	円
普通徴収額	円	円	円	円	円
普通徴収額	円	円	円	円	円

※ 本通知書の普通徴収額は、令和 年 月 日（令和 年 月 日）の労働基準監督署長から労働局長へ送付する通知書です。

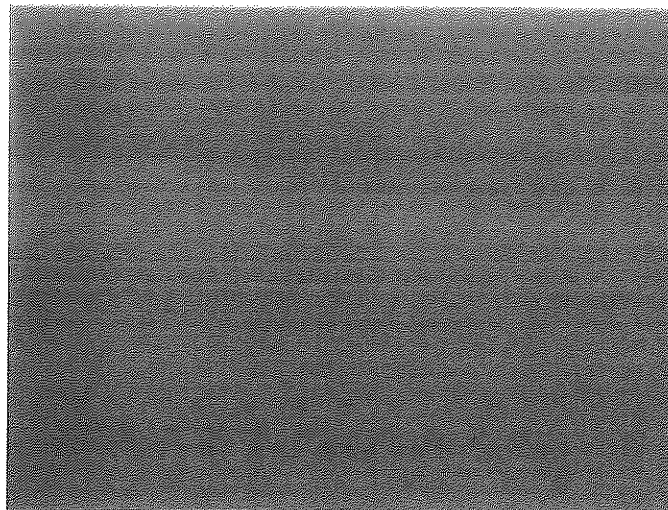
※ 本通知書の特別徴収額は、令和 年 月 日（令和 年 月 日）の労働基準監督署長から労働局長へ送付する通知書です。

【労働局長 様へ送付】

【労働局長 様へ送付】

※ 本通知書の普通徴収額は、令和 年 月 日（令和 年 月 日）の労働基準監督署長から労働局長へ送付する通知書です。

$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx$

[illegible]

上の全票は100人中、戸籍法第5条第29条、第30条第1項及び「戸籍法」第6条第2項、第3項、第4条第1項の各規定に基づき第1号は65名（65歳以上の者）であり、戸籍法第5条第1項、

- [illegible]

1. 5. 恩格尔系数按年份
 1978年 1980年 1982年
 1984年 1986年 1988年 1990年 1992年 1994年
 1996年 1998年 2000年 2002年 2004年 2006年

[illegible]

姓名	性别	出生年月	民族	籍贯	身份证号	联系电话	电子邮箱
张德胜	男	1985-03-15	汉族	江苏省南京市	32010019850315XXXX	13801234567	zhangdes@163.com
李小明	男	1990-07-22	汉族	浙江省杭州市	33010019900722XXXX	15887654321	liming@126.com
王小红	女	1988-11-08	汉族	广东省广州市	44010019881108XXXX	13923456789	wanghr@126.com
赵国强	男	1975-05-10	汉族	四川省成都市	51010019750510XXXX	13778901234	zhaoguo@163.com
孙丽娟	女	1992-09-03	汉族	山东省济南市	37010019920903XXXX	15165432109	sunlijuan@126.com
周大伟	男	1980-12-25	汉族	河南省郑州市	41010019801225XXXX	13698765432	zhoudw@163.com
吴小芳	女	1983-06-18	汉族	安徽省合肥市	34010019830618XXXX	13543210987	wuxiaofang@126.com
郑为民	男	1978-04-01	汉族	福建省福州市	35010019780401XXXX	13956789012	zhengmin@163.com
陈海燕	女	1986-08-14	汉族	江西省南昌市	36010019860814XXXX	13865432109	chenhiyan@126.com
林志强	男	1972-10-20	汉族	湖北省武汉市	42010019721020XXXX	13701234567	linzhiqiang@163.com
黄文娟	女	1989-02-28	汉族	湖南省长沙市	43010019890228XXXX	15812345678	huangwenjuan@126.com
徐建国	男	1970-01-12	汉族	陕西省西安市	61010019700112XXXX	13623456789	xujian@163.com
郭小梅	女	1987-05-05	汉族	河南省郑州市	41010019870505XXXX	13934567890	guoxiaomei@126.com
周伟明	男	1976-09-19	汉族	广东省广州市	44010019760919XXXX	13845678901	zhouweiming@163.com
吴晓芳	女	1984-11-27	汉族	浙江省杭州市	33010019841127XXXX	15156789012	wuxiaofang@126.com
郑国强	男	1973-03-08	汉族	江苏省南京市	32010019730308XXXX	13767890123	zhengguoqiang@163.com
陈海燕	女	1986-07-16	汉族	山东省济南市	37010019860716XXXX	13978901234	chenhiyan@126.com
林志强	男	1971-12-03	汉族	湖北省武汉市	42010019711203XXXX	13689012345	linzhiqiang@163.com
黄文娟	女	1988-04-21	汉族	湖南省长沙市	43010019880421XXXX	15890123456	huangwenjuan@126.com
徐建国	男	1974-06-10	汉族	河南省郑州市	41010019740610XXXX	13701234567	xujian@163.com
郭小梅	女	1985-10-29	汉族	广东省广州市	44010019851029XXXX	13912345678	guoxiaomei@126.com
周伟明	男	1977-02-17	汉族	浙江省杭州市	33010019770217XXXX	13823456789	zhouweiming@163.com
吴晓芳	女	1983-08-06	汉族	江苏省南京市	32010019830806XXXX	15134567890	wuxiaofang@126.com
郑国强	男	1972-11-24	汉族	山东省济南市	37010019721124XXXX	13745678901	zhengguoqiang@163.com
陈海燕	女	1987-03-13	汉族	湖北省武汉市	42010019870313XXXX	13956789012	chenhiyan@126.com
林志强	男	1970-05-02	汉族	湖南省长沙市	43010019700502XXXX	13667890123	linzhiqiang@163.com
黄文娟	女	1989-09-20	汉族	河南省郑州市	41010019890920XXXX	15878901234	huangwenjuan@126.com
徐建国	男	1973-01-09	汉族	广东省广州市	44010019730109XXXX	13789012345	xujian@163.com
郭小梅	女	1984-05-28	汉族	浙江省杭州市	33010019840528XXXX	13990123456	guoxiaomei@126.com
周伟明	男	1976-07-11	汉族	江苏省南京市	32010019760711XXXX	13801234567	zhouweiming@163.com
吴晓芳	女	1982-12-04	汉族	山东省济南市	37010019821204XXXX	15112345678	wuxiaofang@126.com
郑国强	男	1971-04-23	汉族	湖北省武汉市	42010019710423XXXX	13723456789	zhengguoqiang@163.com
陈海燕	女	1986-06-15	汉族	湖南省长沙市	43010019860615XXXX	13934567890	chenhiyan@126.com
林志强	男	1972-10-07	汉族	河南省郑州市	41010019721007XXXX	13645678901	linzhiqiang@163.com
黄文娟	女	1988-02-26	汉族	广东省广州市	44010019880226XXXX	15856789012	huangwenjuan@126.com
徐建国	男	1974-08-18	汉族	浙江省杭州市	33010019740818XXXX	13767890123	xujian@163.com
郭小梅	女	1985-11-01	汉族	江苏省南京市	32010019851101XXXX	13978901234	guoxiaomei@126.com
周伟明	男	1977-03-20	汉族	山东省济南市	37010019770320XXXX	13889012345	zhouweiming@1

资料来源：中国、世界银行、麦肯锡全球研究所、联合国开发计划署、国际货币基金组织。以上为2006年数据，其他年份数据按此比例推算。

三

区 分	対 象 者	契除料額
第1段階	生活保護受給者、老齢福利年金受給者で、世帯全員が住民税非課税の方 且世帯全員の住民税非課税で、前年の「合計所得金額－課税年金収入額」が80万円以下の方	18,000円
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の「合計所得金額－課税年金収入額」が、80万円超120万円以下の方	20,000円
第3段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の「合計所得金額－課税年金収入額」が、120万円超の方	42,000円
第4段階	且世帯に住民税課税者があるが、本人は住民税非課税で、前年の「合計所得金額－課税年金収入額」が、80万円以下の方	34,000円
第5段階	世帯に住民税課税者があるが、本人は住民税非課税で、前年の「合計所得金額－課税年金収入額」が、80万円超の方	60,000円
第6段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が、120万円未満の方	72,000円
第7段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が、120万円以上210万円未満の方	78,000円
第8段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が、210万円以上320万円未満の方	90,000円
第9段階	本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が、320万円以上の方	102,000円

②千葉県一宮町

領収済通知書 9471

市町区コード		1	2	4	2	1	4	納付額	
納入	千葉県税務局 税務	口座	00150 5 965411						
名称	税務課 課長	課長							
住所								郵便	
番号								番号	

納付額 1000000 納付日 20150501									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

納付者	千葉県一宮町	納付額	1000000
納付日	20150501	納付場所	税務課 課長

納付済通知書

納付額 1000000

納付日 20150501

納付場所 税務課 課長

納付者 千葉県一宮町

納付日 20150501

納付場所 税務課 課長

納付者 千葉県一宮町

納付日 20150501

納付場所 税務課 課長

②千葉県一宮町

領収済通知書

市町区コード		1	2	4	2	1	4	納付額	
納入	千葉県税務局 税務	口座	00150 5 965411						
名称	税務課 課長	課長							
住所								郵便	
番号								番号	

納付額 1000000 納付日 20150501									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

納付者	千葉県一宮町	納付額	1000000
納付日	20150501	納付場所	税務課 課長

納付済通知書

納付額 1000000

納付日 20150501

納付場所 税務課 課長

納付者 千葉県一宮町

納付日 20150501

納付場所 税務課 課長

納付者 千葉県一宮町

納付日 20150501

納付場所 税務課 課長