

令和7年度 高齢者インフル・新型コロナ予防接種

非課税証明書類は、次の3点です。

1. 令和7年度納入通知書（介護保険料額決定通知書） + 本人確認書類
所得段階区分：第1段階～第3段階
2. 後期高齢者医療資格確認書
任意記載事項の適用区分：区分Ⅰ～区分Ⅱ
3. 介護保険負担限度額認定証
食費の負担限度額 300円～1,360円
(利用者負担段階 第1段階～第3段階2)

1 令和7年度納入通知書（介護保険料額決定通知書）

〒735-8686
広島県安芸郡府中町大通三丁目5番1号

府中 太郎 様

令和7年度 1ページ

納入通知書（介護保険料額決定通知書）
兼特別徴収開始通知書

令和7年7月●日

府中町長 公印

この書類には生年月日の記載がないので、『本人確認書類』もあわせて写しをとってください。

被保険者氏名	府中 太郎 様
被保険者番号	
決定理由	

見本

3 ページ

【保険料算定の基礎】 ●のある月が賦課となる月です。

賦課となる月 ()													月数	所得段階区分	介護保険料(年額)	備考
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3					
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12	第3段階	51,300円		

↓ 保 料 額 ↓

『所得段階区分』が
第1段階・第2段階・第3段階
が非課税世帯の証明になります。

【不服の申立】
この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県介護審査請求をすることができます。

連絡先 住所 〒730-8511 広島県広島市中区基町10番52号 広島県健康福祉局医療介護保険課
電話番号 082-513-3207

見本

2 後期高齢者医療資格確認書

後期高齢者医療資格確認書	
有効期限 令和 8 年 7 月 3 1 日	
交付年月日 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	
被保険者番号	●●●●●●●●
住所	○○市○○町○○丁目○○番○○号
氏名	広域 太郎 男
生年月日	昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
資格取得年月日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
負担割合	●割
発効期日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
任意記載事項	適用区分発効期日 区分Ⅰ または 区分Ⅱ 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
長期入院該当日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
特定区分発効	
保険者及び印	広島県後期高齢者医療広域連合 印

『適用区分』が区分Ⅰか区分Ⅱのものが非課税世帯の証明になります。

3 介護保険負担限度額認定証

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日	
番号	0000000000
住所	〒735-8686 広島県安芸郡府中町大通三丁目5番1号
フリガナ	
氏名	府中 太郎
生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日
性別	男・女
適用年月日	令和 5 年 8 月 1 日 から
有効期限	令和 6 年 7 月 3 1 日 まで
食費の負担限度額	650 円
居住費又は滞在負の負	ユニット型個室 1,310 円 ユニット型個室的多床室 1,310 円 従来型個室（特養等） 820 円 従来型個室（特養等） 1,310 円
者の名称及び印	見本

『食費の負担限度額』が 300円（第1段階）～1,360円（第3段階2）だと、非課税世帯の証明になります。