

市町村受付印

広域受付印

※ 太枠内を記入してください

弁 明 書 (第1号被保険者用)				
沖縄県介護保険広域連合長 殿				
年 月 日				
私あてに送付された「介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書」については、下記の理由により弁明し、支払方法変更の決定をしないよう求めます。				
被保険者 (本人)	住 所		電話番号	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
上記の代理人 (付属の「代理人選任届」も記入する)	住 所		電話番号	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
本人の状況に該当する項目に○をつけ、記入してください。				
1.	世帯の生計維持者が、災害などの理由により住宅、家財に著しい損害を受けた。 ・災害などがあった年月（ 年 月 頃） ・災害の種類（ ） ・損害を受けた場所など（ ） ・損害の程度（ 全体の 割 程度 ）			
2.	世帯の生計維持者が、死亡もしくは心身に重大な障害を受けた又は長期入院した（死亡の場合は記入不要。） ・入院した方の氏名（ ） ・病院名（ ） ・入院期間（ 年 月 頃） ～ （ 年 月 頃）			
3.	世帯の生計維持者の収入が、事業・業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等によって前年より著しく減少した。 ・上記のような事態になった年月（ 年 月 頃）			
4.	世帯の生計維持者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により前年より著しく減少した。 ・上記のような事態になった年月（ 年 月 頃）			
5.	保険料を滞納している被保険者（本人）が「生活保護」を受けている。 （支払方法変更の原因となるべき滞納に係る保険料の納期限において生活保護法の規定による「生活扶助」を受けていなかった場合に限る。） ・生活保護受給開始月（ 年 月）			
6.	保険料を滞納している被保険者（本人）が「特別な医療給付」を受けている。 （裏面にある「特別な医療給付」の一覧で該当する項目に○を付けてください。）			

※ 提出先・提出期限は、「介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書」の下記をご覧ください。

市町村・広域連合記入欄			
	市 町 村	広域連合	備 考
	申請内容確認	申請内容確認	
担当者印	・ ・	・ ・	

特別な医療給付一覧（公費負担医療該当一覧）	
該当する項目に○をつけて下さい。また、その医療を受けていた病院名を記入してください。	
(1) 原爆被爆者に対する医療給付 (2) 予防接種を受けたことによる障害、死亡に対する医療給付 (3) 身体障害者に対する医療給付（更新医療） (4) 精神障害者に対する給付給付（入院者は含まない） (5) 結核患者に対する医療給付 (6) 医薬品の副作用による疾病に対する医療給付 (7) 沖縄の復帰に伴う特別措置による精神障害者に対する医療給付 (8) 医療を受けたことによる高額療養費の給付 (9) 進行性筋萎縮症者に対する医療給付 (10) 特定疾患治療研究事業による医療給付 （特定疾患名： ） (11) 毒ガス障害者に対する医療給付 (12) 公害被害者に対する医療給付 (13) 先天性血液凝固因子障害者に対する医療給付 (14) 水俣病患者に対する医療給付	
病院名	

貴殿の意見があれば記入してください。

※ 調査に基づき審査を行いますので、弁明書を提出することにより、必ずしも「支払方法変更（償還払い化）」を免れるというわけではありません。

※「提出先」「提出期限」は、「介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書」の下記をご覧ください。

※次の場合、支払方法変更(償還払い化)は行われません。

- ア、「提出期限」までに現在の滞納保険料の7割以上を納付した場合
イ、「提出期限」までに弁明書を提出し、弁明が認められた場合

※次の場合、「支払方法変更(償還払い化)決定通知書」が届き、支払方法変更が開始します。

- イ。「提出期限」までに現在の滞納保険料の7割以上を納付されなかった場合