

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2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「介護保険給付の差止予告通知書」については、下記の理由により弁明し、介護給付費の差止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うけた。 ・災害などがあった年月（ 年 月 頃） ・災害の種類（ ） ・損害をうけた場所など（ ） ・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う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）			

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	・ ・	・ ・	

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「介護給付費の差し止め」を免れるというわけではありません。

※「提出先」「提出期限」は、「介護保険給付の差止予告通知書」の下記をご覧ください。

※次の場合、介護保険給付の差止は行われません。

- 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、「介護保険給付の差止処分通知書」が届き、介護給付費の差止が開始します。

- ア. 「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
- イ. 「提出期限」までに弁明書を提出しなかった場合
- ウ. 弁明書を提出したが、弁明が認められなかった場合