第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

様式番号

印

○○市（町村）長

**介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |

**固定文言１＋編集１**

　　　　年 　月 　日付　第　号で、「介護保険給付の支払方法変更(償還払い化)予告通知書」において既に通知していますが、いまだ次の介護保険料が滞納となっていますので、介護保険法第６６条 第１項・第２項の規定に基づき、　　 年　月　日以降にあなたが利用する介護サービスについて保険給付の支払方法を変更し、保険給付を償還払いとすることに決定しましたので通知します。

　なお、支払方法変更の記載を行いますので、被保険者証を提出してください。

　　提出先　　○○市（町村）介護保険課

　　提出期限　　　　　年　　月　　日

　また、滞納保険料額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情等があると認められる場合には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、速やかに○○市（町村）介護保険課に申し出てください。

**自由記載１**

【保険料の滞納状況】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度保険料 | | | | 年度保険料 | | | | 年度保険料 | | | |
| 調定年度 | 期別 | 保険料額 | うち  滞納額 | 調定年度 | 期別 | 保険料額 | うち  滞納額 | 調定年度 | 期別 | 保険料額 | うち  滞納額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | |  |  | 計 | |  |  | 計 | |  |  |

※上表は　 　年　月　日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、速やかに申し出てください。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

不服の申立て及び取消訴訟

**不服の申立て及び取消訴訟**

　この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（ 都道府県郵便番号　都道府県住所　電話：都道府県電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

　この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、 市町村名１ を被告として（訴訟において 市町村名２ を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

　ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

　１　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

　２　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

　３　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。