第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

様式番号

印

○○市（町村）長

**介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給（不支給）のお知らせ**

**（****受領委任払）**

**固定文言１＋編集１**

申請年月日に申請のありました給付費については、次のとおり決定しましたのでお知らせします。

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月 |  | | |
| 受付年月日 |  | 決定年月日 |  |
| 本人支払額 |  | | |
| 給付の種類 |  | | |
| 支給可否 |  | 支給金額 |  |
| 不支給の理由 |  | | |
| 受領委任事業者名 |  | | |

**固定文言２**

* 支給金額については、受領委任払であるため事業者に支払われます。

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （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、前記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。