第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険滞納保険料控除通知書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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、あなたの保険給付について一時差止めを行い、その後も納付をお願いしていたところですが、いまだに介護保険料が納付されていません。保険料が滞納のままですと、制度の運営に重大な支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し、一時差止めの対象となっている介護給付費から滞納保険料を控除する措置が定められています。

　したがって、介護保険法第６７条第３項の規定に基づき、次のとおり、あなたの、一時差止め対象となっている保険給付から保険料を控除することに決定しましたので、通知します。

　なお、被保険者証の支払方法の変更の記載を消除しますので、以下の期日までに被保険者証と印鑑をお持ちください。

　　提出先　　　○○市（町村）介護保険課

　　提出期限　　　　　年　　月　　日

【一時差止めの給付費の内容（A）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用月 | サービスの種類 | 給付額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 | |  |

【控除保険料額（B）】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 期別 | 保険料額 | 控除保険料額 | 納期限 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 滞納保険料控除後の保険給付費支給額（A-B） |  |

※なお、滞納保険料控除後の保険給付費支給額に記載がある場合は、指定金融機関等の通帳をお持ちください。

**固定文言２**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先）  **自由記載１** | |
| ●●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。