第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険料充当通知書**

**固定文言１**

あなたの納めた保険料が納めすぎになりましたので、次のとおり充当（割当て）をさせていただきます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 納め過ぎとなった理由  （過誤納発生事由） |  | | |

充当金額　　　　　　　　　　納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 過誤納金算出年度  （賦課年度：　　　　　　　　　 ） |  | 期別 | 徴収方法 | 納めた  金　額 | 過誤納  金　額 | 納めるべき  金額 | **固定文言２**  備考 |
|  |  |  |  |  | **固定文言３＋編集１** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ①納め過ぎた金額（過誤納金額） |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ②還付加算金 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ①＋②他の未納期別へ割り当てする金額（充当金額） |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合　計 | |  |  |  |  |

充当先金額の内訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 賦課年度 | 調定年度 | 期別 | 徴収方法 | 保険料 | 保険料  充当金額 | **固定文言４**  備考 |
|  |  |  |  |  |  | **固定文言５＋編集２** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 | | | |  |  |  |

次回の保険料の支払いについて

**固定文言６**

　　過誤納金は、これからお支払いいただく保険料や未納になっている保険料に充当させていただきます。

　その後、足りない金額については、未到来納期分から、請求させていただきます。

**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。