第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**滞納処分停止通知書**

**固定文言１＋編集１**

次の滞納金額について、あなたの現況に鑑み以下の該当条項の規定により一時滞納処分の執行を停止することにしましたので通知します。

ついては、速やかに資力の回復に努力され、自主的に納付されますよう期待いたします。

なお、資力が回復し納付を履行し得る状態に至ったにもかかわらず履行がない場合は、停止処分を取り消して滞納処分を再開しなければならないことになりますので申し添えます。

（根拠法令 － 根拠法令）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 滞納者 | 住（居）所 |  | | |
| 被保険者番号 |  | 氏名 |  |
| 滞納金額 |  | | | |
| （内訳は別紙明細書のとおり） | | | |
| 該当条項 |  | | | |

**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 |