第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書**

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

**固定文言１＋編集１**

申請年月日にあなたは要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの介護保険料は次のとおり滞納となっています。

介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も保険料滞納の状態が続いた場合に、介護保険法第６６条第１項及び第２項の規定に基づく保険給付の償還払化の措置（支払方法変更）をとることになりますので予告します。

「保険給付の償還払（支払方法変更）」とは介護サービスを受けたとき、サービス提供事業者に一旦費用の全額を支払い、後日、領収証を添付して保険者負担分を保険者に対して請求する制度です。

なお、特別な事情により一括納付が困難な場合などは、保険者名介護保険課に相談してください。

**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 |

弁明の機会を付与する通知

**弁明の機会を付与する通知**

この通知内容について異議がある場合には、弁明をすることができますので、以下の提出期限までに別紙弁明書を提出してください。

　弁明書提出先　　○○市（町村）介護保険課　住所　電話番号

　弁明書提出期限　　　　　年　　月　　日