第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**高額医療合算介護(予防)サービス費支給(不支給)決定通知書**

**固定文言１＋編集１**

　申請年月日に申請のありました高額医療合算介護（予防）サービス費支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計算対象期間 | | ～ | | | | |
| 申請年月日 | |  | | 決定年月日 | |  |
| 計算対象期間中の  自己負担額の合計額 | |  | | 支給金額 | |  |
| 給付の種類 | |  | | | | |
| 支給可否 | |  | | | | |
| 不支給の理由 | |  | | | | |
| 備考 | | **固定文言２＋編集２** | | | | |
| 振込口座 | 金融機関 |  | | | | |
|  | | | | |
| 口座種目 |  | 口座番号 | |  | |
| 口座名義人 |  | | | | |
| 振込予定日 | |  | | | | |

**自由記載１**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 窓口払 | お持ちいただくもの | ・  ・  ・ | 支払場所 |  |
| 支払期間 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （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。