第　　　　　　号

窓空宛名

　年　月　日

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険給付の支払一時差止予告通知書**

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

**固定文言１＋編集１**

　　　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している方に対し、保険給付の支払の一時差止の措置が定められています。

　したがって、以下の期日までに保険料が納付されない場合には、介護保険法第６７条第１項又は第２項の規定に基づき、保険給付の支払の一時差止を行うことになりますので、予告します。

　「保険給付の支払の一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、償還払いの対象となる金額の全部又は一部について支払の一時差止めを行うものです。

期　日　　　　　年　　月　　日

　なお、今回給付の支払の一時差止めの対象となる介護サービス及び金額は、次のとおりです。

|  |
| --- |
| 差止めの対象となるサービス　： |
| 差止めの対象となる給付額　 ： |

**固定文言２＋編集２**

　この通知により、保険給付の支払の一時差止が行われた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合にはこの措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は速やかに被保険者証を添えて、○○市（町村）介護保険課に申し出てください。

**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 | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |

※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。

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。

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