第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**納期限変更告知書**

**固定文言１＋編集１**

　あなたの介護保険料について、次のとおり納期限を繰り上げますので、指定の期日までに納付してください。

　（根拠法令 － 根拠法令）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 住（居）所 | |  | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | 氏名 |  | | |
| 繰上徴収に係る徴収金額 | | | | | | | | | |
| 賦課年度 | | 調定年度 | | 期別 | 変更前納期限 | | | 保険料 | **固定文言２**備考 |
|  | |  | |  |  | | |  | **固定文言３＋編集２** |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
| 変更後納期限 | | | |  | | | | | |
| 繰上徴収する理由 | | | |  | | | | | |
| **固定文言４**  備考 | | | | **固定文言５＋編集３** | | | | | |

**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。