第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険滞納保険料控除予告通知書**

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

**固定文言１＋編集１**

　　 　年 　月 　日付　第　号で、あなたの保険給付について一時差止めを行い、その後も納付をお願いしていたところですが、いまだに介護保険料が納付されていません。保険料が滞納のままですと、制度の運営に重大な支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し、一時差止めの対象となっている介護給付費から滞納保険料を控除する措置が定められています。

　したがって、介護保険法第６７条第３項の規定に基づき、次のとおり、あなたの、一時差止め対象となっている保険給付から保険料を控除することになりますので予告します。

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。

【一時差止めの給付費の内容（A）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用月 | サービスの種類 | 給付額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合計 | |  |

【控除保険料額（B）】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 期別 | 保険料額 | 控除保険料額 | 納期限 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 滞納保険料控除後の保険給付費支給額（A-B） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |

**自由記載１**

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