第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**介護保険給付制限解除通知書**

**固定文言１＋編集１**

　　　　年　月　日に通知しました介護保険の給付制限の措置の決定について、以下の理由により、給付制限の解除をしましたので、通知します。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 給付制限の区分 |  |
| 給付制限の  解除理由 |  |

**固定文言２＋編集２**

　なお、介護保険被保険者証の給付制限の記載を消除しますので、速やかにこの通知書及び被保険者証を○○市（町村）介護保険課に提出してください。

**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。