第　　　　　　号

様式番号

年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**賦課年度　納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収額変更通知書、特別徴収中止通知書　兼納付書**

**固定文言１＋編集１**

　賦課年度　年度分（　調定年度　年度調定分）の介護保険料額が次のとおり変更しましたので通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更年月日 |  |  |
| 変更理由 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年間保険料額 | |  | 月 | 期別 | 変更前の保険料額 | | 変更後の保険料額 | | 普通徴収の場合の  納期限 |
|  | | 特別徴収 | 普通徴収 | 特別徴収 | 普通徴収 |
| これまでの保険料納付等 | | | ４月 |  |  |  |  |  |  |
| ５月 |  |  |  |
| 保険料徴収方法 |  |  | ６月 |  |  |  |
| ７月 |  |  |  |
| 特別徴収義務者 |  | ８月 |  |  |  |
| ９月 |  |  |  |
| 特別徴収対象年金 |  | 10月 |  |  |  |
| 11月 |  |  |  |
| これからの保険料納付等 | | | 12月 |  |  |  |
| １月 |  |  |  |
| 保険料徴収方法 |  |  | ２月 |  |  |  |
| ３月 |  |  |  |
| 特別徴収義務者 |  |  |  |  |  |  |
|  | 計 | |  |  |  |  |  |
| 特別徴収対象年金 |  | 合計額 | |  | |  | |  |
|  | 差引増減額 | |  | | | |  |

**固定文言２**

　　特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

　　なお、２月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度４・６・８月も２月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

保険料算定の基礎

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 期間 | 月数  ① | 保険料段階 | 保険料額  ② | 保険料算出額  ③（②×①／12） | 減免額  ④ | 減免後保険料額  ③－④ |
| （変更前） | ～ |  |  |  |  |  |  |
| （変更後） | ～ |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 本人課税区分 | 世帯課税区分 | 生活保護 | 老齢福祉年金 | 公的年金等の収入金額 | 合計所得金額 |
| （変更前） |  |  |  |  |  |  |
| （変更後） |  |  |  |  |  |  |

保険料段階の算出根拠

**固定文言３＋編集２**

※介護保険法施行令附則第二十四条及び二十五条の規定適用後のものであり、個人住民税における課税区分や合計所得金額とは異なる場合があります。

**固定文言４**

**自由記載１**

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 普通徴収（納付書払い）の場合の納入場所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | |
|  | | |
| 口座種目 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | | |

　　　　　　　　・○○銀行等

　　　　　　　　・××市役所等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （お問合せ先）●●市介護保険課 | | 住所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
|  |  | 電話番号 | 987-6543-2111 |
|  |  | FAX番号 | 123-456-7890 |
|  |  | メール | 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。

**納付書部分の帳票詳細要件については、機能・帳票要件に記載の通り、税務システム標準仕様書（収納管理）に準拠する形とし、「課税内容」「税額」等の税務特有の項目名については、適宜保険料に適する項目名に読み替えることとする**

**納付書部分の帳票詳細要件については、機能・帳票要件に記載の通り、税務システム標準仕様書（収納管理）に準拠する形とし、「課税内容」「税額」等の税務特有の項目名については、適宜保険料に適する項目名に読み替えることとする**

**納付書部分の帳票詳細要件については、機能・帳票要件に記載の通り、税務システム標準仕様書（収納管理）に準拠する形とし、「課税内容」「税額」等の税務特有の項目名については、適宜保険料に適する項目名に読み替えることとする**