第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

様式番号

印

○○市（町村）長

**介護保険給付額減額予告通知書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)認定・要介護認定区分変更認定)申請をしましたが、あなたの介護保険料は次のとおり未納となっており、既に消滅時効に係っているため，遡って納めていただくことはできません。

　保険料未納の方に対し、通常の保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第６９条第１項の規定により、以下の期間につき保険給付額の減額及び高額介護（予防）サービス費及び高額医療合算（予防）

サービス費及び特定入所者介護（予防）サービス費の支給を行わないことになりますので予告します。

　なお，災害及びその他の特別の事情等が発生した場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、速やかに○○市（町村）介護保険課に届出をしてください。

　給付額減額措置の算定根拠

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付額減額期間  （　　　　　） | ＝ 保険料徴収権消滅期間× | 保険料徴収権消滅期間 | × | １ | × | １２ |
| 保険料徴収権消滅期間 ＋ 保険料納付済期間 | ２ |

徴収権消滅期間：(未納・時効消滅額／年賦課額)＋(未納・時効消滅額／年賦課額)＋・＝

　納付済期間：(納付額／年賦課額)＋(納付額／年賦課額)＋・・・・・・・・・・・＝

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 未納・時効消滅額 | 納付額 | 年賦課額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**固定文言２＋編集２**

※上表は　 　年　月　日現在の収納状況です。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。

**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 |

**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