第　　　　　　号

年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**換価猶予通知書**

**固定文言１＋編集１**

あなたの滞納介護保険料等について、換価猶予しましたので通知します。なお、分納計画は確実に履行してください。履行しない場合には猶予を取り消し、直ちに滞納処分をすることになります。

　（根拠法令 － 根拠法令）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | |  | | | | |  | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | |
| 換価猶予申請額 | | | | | （内訳は別紙明細書のとおり） | | | | |
| 猶予期間 | | | | | ～　　　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | | | |
| 該当条項 | | | | |  | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | |
| 担保提供 | | | | 担保の種類（担保提供無の場合はその理由） | | | | | |
| 納付計画 | 回 | 年月日 | | 金額 | | 回 | 年月日 | | 金額 |
|  |  | |  | |  |  | |  |

**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。