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決定しましたので通知します。

　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。

給付額減額の措置を行う期間　　　　　　　　　　　　　～

　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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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。