第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

様式番号

印

○○市（町村）長

賦課年度 **特別徴収開始通知書（仮徴収）**

**固定文言１＋編集１**

　賦課年度 分のあなたの介護保険料を年金から特別徴収しますので通知します。

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

　これからの保険料納付方法　　　　　　　　　　　　　　保険料額

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険料徴収方法 |  | | |  | 年金支払月 | 特別徴収される保険料額 |
| 特別徴収義務者 |  | | |  | ４ 月 |  |
| 特別徴収対象年金 |  | | |  | ６ 月 |  |
|  | |  |  | | ８ 月 |  |
|  | |  |  | | 仮徴収額合計 |  |

**固定文言２**

　１０月以降の保険料額は、あなたの年間保険料額から４月から８月までに特別徴収された保険料の合計額を

差し引いた額になります。

詳しくは別途通知します。

**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](mailto: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。