様式第４７号の２

介護保険料額決定通知書兼特別徴収開始通知書

（文書の記号）第 何 号

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　様

福島県田村郡小野町長

年度分の介護保険料を下記のとおり決定しましたので介護保険法の規定により通知します。

　　　なお、　　年度の介護保険料については、次の通りあなたの年金から特別徴収します。

　　　また、　　年度の介護保険料については、　　　年４月・６月・８月の各月において、　　年

　　２月と同額を仮徴収しますので、あわせて通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |

年間保険料額　　　　　　　　　　　　　　　　　　月別保険料額

|  |
| --- |
| 　　年度に納付する保険料額　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月保険料納付方法等

|  |  |
| --- | --- |
| 保険料徴収方法 |  |
| 特別徴収義務者 |  |
| 特別徴収対象年金 |  |

保険料算定の基礎

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　　　間 | 月数 | 所得段階区分 | 保険料額 |
| 年　月～　年　月 | 　月 |  | 　　　円 |

 | 保険料額 |
| 普通徴収 | 特別徴収 |
| 年　４月　　　　５月　　　　６月７月　　　　８月９月　　　１０月　　　１１月　　　１２月　　年　１月　　　　２月　　　　３月 |  |  |
| 計 |  |  |
| 合　計　額 |  |

問い合わせ先

　〒９６３－３４９２

　福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻９２番地

　　小野町役場　　　　　　　課　　　　　　　　　　ＴＥＬ

不服の申立

　この通知書に記載された事項について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して６０日以内に、介護保険審査会に対して審査請求することができます。

　　　福島県介護保険審査会（福島県担当部署）

　　　　住　　所

　　　　電話番号