様式第34号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書番号  　　年　　月　　日  〒  　　　　　　　　　様  小野町長　　　　　　　　　　印  介護保険負担限度額、利用者負担額減額・免除決定通知書  先に申請のありました、負担限度額、利用者負担額減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者氏名 | |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 決定年月日 | | 年　　月　　日 |  | | | | | | | | | | | |
| 決定事項 | | | | | | | | | | | | | |  |
| １　承認する | 適用年月日　　　　年　　月　　日　(承認内容)  有効期限　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| ２　承認しない | 理由 | | | | | | | | | | | | |
| 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  福島県田村郡小野町役場　　　　課　　　　　電話番号  不服申立て及び取消訴訟  1　この通知について不服があるときは、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を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)　電話番号  2　処分の取消の訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6箇月以内に小野町を被告として(訴訟において小野町を代表する者は小野町長となります。)提起することができます。なお、処分の取消の訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。)でなければ提起することができないこととされています。  (1)　審査請求があった日から3箇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。 | | | | | | | | | | | | | | | |