様式第52号

|  |
| --- |
| (文書の記号)第何号　　年　　月　　日〒　　　　　　　　様小野町長　　　　　　　　　　印介護保険料減免取消通知書　　　　　年　　月　　日　小保第　　号で承認しました　　　　年度分介護保険料の減免の取消については、下記の通り取消しましたので通知します。 |
| 　 | 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 減免取消年月日 | 　 | 取消した減免額 | 　 | 　 |
| 取消前保険料額 | 　 | 取消後保険料額 | 　 |
| 取消理由 | 　 |
| 　 |
| 　 | 納期 | 取消前保険料額 | 減免取消額 | 減免後保険料額 | 　 |
| 7月(第1期) | 　 | 　 | 　 |
| 8月(第2期) | 　 | 　 | 　 |
| 9月(第3期) | 　 | 　 | 　 |
| 11月(第4期) | 　 | 　 | 　 |
| 12月(第5期) | 　 | 　 | 　 |
| 1月(第6期) | 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 　 |
| 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　　　　電話番号不服の申立この通知書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 |