様式第64号

(文書の記号)第何号

〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　様

小野町長　　　　　　　　　　印

介護保険給付の支払方法変更(償還払い化)通知書

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

　　　　　　年　　月　　日付　第　　号で、「介護保険給付の支払方法変更(償還払い化)予告通知書」において既に通知していますが、未だ下記の介護保険料が滞納となっていますので、介護保険法第66条第1項・第2項の規定に基づき、　　　　年　　月　　日以降にあなたが利用する介護サービスについて保険給付の支払方法を変更し、保険給付を償還払いとすることに決定しましたので通知します。

なお、支払方法変更の記載を行いますので、被保険者証を提出してください。

提出先　　小野町役場　　課

提出期限　　　　　年　　月　　日

また、滞納保険料額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情等があると認められる場合には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、すみやかに小野町役場　　課に申し出てください。

【保険料滞納の状況】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度保険料 | | | 年度保険料 | | | 年度保険料 | | |
| 期別 | 保険料額 | うち滞納額 | 期別 | 保険料額 | うち滞納額 | 期別 | 保険料額 | うち滞納額 |
| 第1期 |  |  | 第1期 |  |  | 第1期 |  |  |
| 第2期 |  |  | 第2期 |  |  | 第2期 |  |  |
| 第3期 |  |  | 第3期 |  |  | 第3期 |  |  |
| 第4期 |  |  | 第4期 |  |  | 第4期 |  |  |
| 第5期 |  |  | 第5期 |  |  | 第5期 |  |  |
| 第6期 |  |  | 第6期 |  |  | 第6期 |  |  |
| 計 |  |  | 計 |  |  | 計 |  |  |

※　上記は　　　　年　　月　　日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、すみやかに申し出て下さい。

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