様式第67号

(文書の記号)第何号

〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　様

小野町長　　　　　　　　　　印

介護保険給付額減額通知書

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

　　　　　　年　　月　　日にあなたは、(要介護(更新)認定・要支援(更新)認定・要介護状態区分の変更)申請をしましたが、あなたの介護保険料は下記のとおり未納となっており、すでに消滅時効に係っているため、遡って収めていただくことができません。

保険料未納の方に対し、通常の保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第69条第1項の規定により、下記期間につき保険給付額の減額及び高額介護サービス費及び高額居宅支援サービス費の支給を行わないことに決定しましたので、通知します。

なお、災害及びその他の特別の事情等が発生した場合には、給付額減額等の措置が対象外となりますので、速やかに小野町役場　　課に届け出をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付額減額の措置を行う期間　　　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日  給付金減額措置の算定根拠 | | | | | | | | | |
| 給付額減額期間＝ | | | | 保険料徴収権消滅期間 | × | | | × | |
| 徴収権消滅期間： | | | | (未納・時効消滅額／年賦課額)＋(未納・時効消滅減額／年賦課額)＋・＝　　年 | | | | | |
| 納付済期間： | | | (納付額／年賦課額)＋(納付額／年賦課額)＋・・・・・・・・・・・・・＝　　年 | | | | | | |
|  | 年度 | 未納・時効消滅額 | | | | 納付額 | 年賦課額 | |  |
|  |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | |

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

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