年　　月　　日

様

小野町長　　　　　　　印

介護保険利用料等還付決定通知書

先に申請のありました介護保険利用料等の還付については、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 | | |  | |
|  | |  |  | | |  | |
| 受付年月日 | | 年　　月　　日 | 決定年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 本人支払額 | |  | 円 | | | | |
| 給付の種類 | |  |  | | |  | |
| 支給 | | □　する　□　しない | 支給金額 | | | 円 | |
| 不支給の理由 | |  |  | | |  | |
|  | |  |  | | |  | |
| 支　　払　　方　　法 | | | | | | | |
| □　窓　口　払 | | | | □　口　座　振　込 | | | |
| お持ちいただくもの | ・この通知書  ・介護保険被保険者証  ・申請書に使用した印鑑 | | | 振込先 | 金融機関 | |  |
| 口座種目 | |  |
| 支払場所 |  | | | 口座番号 | |  |
| 支払期間 |  | | |
| 口座名義人 | |  |

問い合わせ先　　　　小野町健康福祉課

　　住　　所　　　　　　　〒963-3492　田村郡小野町大字小野新町字舘廻92番地

　　電話番号　　　　　　　０２４７－７２－６９３４

不服の申立て

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日以内に福島県介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。また、この処分の取り消しの訴えは、前記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か月以内に小野町を被告として提起することができます。なお、処分の取り消しの訴えは、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か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き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

　　　　　　　県中保健福祉事務所高齢者支援チーム

住　　所　　　　　　須賀川市旭町１５３番１

電話番号　　　　　　０２４８－７５－７８０８