別記様式第21号（第13条第2項関係）

介護保険　利用者負担割合変更決定通知書

第　　　　　　号

年　　月　　日

様

和寒町長　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日付で申請のありました利用者負担割合の変更申請は、下記のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 | 性　別 | 男・女 |

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 | No. |
| 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 1変更をする | 適用年月日 | 年　　月　　日 |
| 有効期限 | 年　　月　　日 |
| 負担割合変更率 | 給　付　率　　　　　　　　／１００ |
| 変更内容 |  |
| 2変更しない | 理　　由 |  |

○問い合わせ先

和寒町保健福祉課介護保険係

住　　所　　　　 和寒町字西町1 1 1 番地

電話番号　　　　 0 1 6 5－3 2－2 0 0 0

1 　この決定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3ヶ月以内に、北海道介護保険審査会に対して審査請求することができます。

住　　所　〒　060－8588

札幌市中央区北3 条西6 丁目　北海道保健福祉部介護保険課

電話番号　011-231-4111（道庁代表）

2 　また、決定の取消しの訴えは、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ヶ月以内に、和寒町を被告として（訴訟において和寒町を代表する者は和寒町長となります。）、提起することができます。なお、決定の取消しの訴えは、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場合を除く。）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ヶ月を経過しても裁決がないとき。

(2) 決定、決定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の理由があるとき。

3 　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。