別記様式第24号（第14条第2項、第17条第2項、第18条第2項、第19条第2項関係）

介護保険居宅介護サービス費等支給（不支給）決定通知書

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　様

和寒町長　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者号 |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 申請年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 申請種類 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人支払額  （領収書金額） | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 決定内容 |  | | | | | （不支給理由） | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| 支給金額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | |

お支払いについて

　支給金額は、申請時に指定のあった預金口座へ振り込みます。

　この通知書が届いても、振込みまでに数日かかる場合がありますのでご了承願います。

　なお、お支払に関してご不明な点がございましたら、和寒町役場保健福祉課介護保険係までご連絡ください。

備　考

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。