別記様式第39号（第25条第1項関係）

1

2

保険料徴収権消滅期間

×　 保険料徴収権消滅期間＋保険料納付済期間　×

介護保険給付額減額通知書

第　　　　号

年　 月 　日

様

和 寒 町 長

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

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２年を経過しているため、遡っ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が発生した場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、速やかに和寒町保健福祉課に届け出をしてください。

|  |
| --- |
| [算式]給付額減額の措置を行う期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日給付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＝未納 ・ 時効消滅額　年賦課額　　　　未納 ・ 時効消滅額　年賦課額徴 収 期 間 : (　　　　　　　　 ／　　　　) ＋ (　　　　　　　　／　　　　　)＋ ＝　　年納 付 額　年 賦 課 額　　　納 付 額　 年 賦 課 額納付済期間 : (　　　 ／　　　　　　) ＋ (　　　 ／　　　　　　)＋ ＝　　　　年　)　+　=　年 |
|  | 年　度 | 未納・時効消滅額 | 納　 付 　額 | 年　賦　課　額 |  |
| 年度 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 | 円 | 円 | 円 |
|  |

○問い合せ先

和寒町保健福祉課（保健福祉センター）住所　和寒町字西町111番地　電話番号　0165－32－2000

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。