別記様式第42号（第26条第2項及び第4項関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 納入通知書(介護保険料額変更通知書)兼　　特別徴収額(仮徴収)変更通知書特別徴収中止通知書第　　　　　　号様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日和 寒 町 長　　　　　　　　　＊　　　年度分の介護保険料（仮徴収）額を次のとおり変更しましたので通知します。＊　　　年度分の介護保険料の特別徴収を中止しましたので通知します。（＊について該当するものを記載）

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更事由 |  | 変更年月日 | 年　　月　　日 |

年間保険料額　　　　　　　　期別保険料額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　年度に納付する保険料額 |  | 納期(月) | 変更前の保険料額 | 変更後の保険料額 | 貴世帯分保険料額 |
| 円 | 普通徴収 | 特別徴収 | 普通徴収 | 特別徴収 | ※ |
| これまでの保険料納付方法等 | 第1期(　月) |  |  |  |  | 円 |
| 第2期(　月) |  |  |  |  |
| 保険料徴収方法 |  | 第3期(　月) |  |  |  |  |
| 特別徴収義務者 |  | 第4期(　月) |  |  |  |  |
| 年金種別 |  | 第5期(　月) |  |  |  |  |
| これからの保険料納付方法等 | 第6期(　月) |  |  |  |  |
| 臨時期( 月) |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |
| 保険料徴収方法 |  | 合計額 | ア | 円 | イ | 円 |
| 特別徴収義務者 |  | 差引増減額 | イ－ア | 円 |  |
| 年金種別 |  | 保険料段階 |  |  |

＊普通徴収の保険料について、あなたが世帯主として連帯納付義務を負っている世帯員分の介護保険料の合計が記載されています。（世帯主本人分を含む）※特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。保険料算定の基礎

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 月数① | 所得段階区分 | 保険料率② | 保険料算出額②×①／12 | 保険料額 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |

普通徴収の場合の納入場所・和寒町役場出納窓口　　 ・和寒町指定金融機関　　　　・和寒町収納代理金融機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納　期 | 納　期　限 | 納　期 | 納　期　限 |
| 第 １ 期 | 年　　月　　日 | 第 ４ 期 | 年　　月　　日　　 |
| 第 ２ 期 | 年　　月　　日 | 臨　時　期 | 年　　月　　日　　 |
| 第 ３ 期 | 年　　月　　日 |  |  |

〇お問い合わせ先住　　所　　和寒町字西町１１１番地　和寒町保健福祉課（保健福祉センター）電話番号　　０１６５－３２－２０００〇不服の申立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提算して３ヶ月以内に北海道介護保険審査会に対し審査請求を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　　０１１－２３－４１１１（道庁代表） |