別記様式第43号（第26条第3項関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料還付(充当)通知書第　　　　　　号様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日和 寒 町 長　　　　　　　　あなたの納めた保険料が納め過ぎになりましたので、次のとおり充当した後にお返しします。

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

還付する金額　　　　　 納め過ぎた金額(過誤納金)の内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 過誤納金算出年度年度 |  | 納期 | 特別徴収 | 普通徴収 | 延滞金 | 納めた金額 | 領収年月日 | 過誤納金額 |
|  | 第1期 |  |  |  |  |  |  |
| 納め過ぎた金額(過誤納金額)ａ　　　　　　　円 |
| 第2期 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 充当金額ｂ　　　　　　　円 | 第3期 |  |  |  |  |  |  |
|  | 第4期 |  |  |  |  |  |  |
| 還付加算金ｃ　　　　　　　円 |
| 第5期 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| お返しする金額(還付金額)a－b＋c　　　　 円 | 第6期 |  |  |  |  |  |  |

充当金額の内訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 納付年度 | 納　期 | 保　険　料 | 保険料充当金額 | 延　滞　金 | 延滞金充当金額 | 還付金額計 |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |  |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年度 |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 計 |  | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

〇還付金の受け取り方法お返しする保険料・延滞金を下記の金融機関に振込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店 舗 名 | 種 目 | 口座番号 | 口座名義人 |
|  |  |  |  |  |

取扱金融機関がない人は役場出納窓口で還付金をお返しすることになります。持参するもの① この通知書　② 印鑑　③ 被保険者証○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○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起算して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） |