別記様式第44号（第26条第3項関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険料充当通知書  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（割り当て）をさせていただきます。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |   充当金額　　　　　　　 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 |  |  |  |  |  |  | | 第3期 |  |  |  |  |  |  | |  | | 還付加算金  ｂ　　　　　　　円 | 第4期 |  |  |  |  |  |  | | 第5期 |  |  |  |  |  |  | |  | | 充当金額  ａ＋ｂ　　　　　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 | 充当金額計 | | 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 |   〇次回の保険料の支払について  過誤納金は、これからお支払いいただく保険料や未納になっている保険料に充当させていただきます。 その後、足りない金額については、未到来納期分から、請求させていただきます。  ○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） |