様式第22号(第23条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒  　身延町  様 | | | | | | | | | | 第　　　　　号  年　　月　　日  身延町長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊　　　　年度分の介護保険料(仮徴収)額が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、次のとおり普通徴収することとしましたので通知します。  　(＊について該当するものを記載) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 変更理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年間保険料額 | | | | | | | | | 期別保険料額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年度に納付する保険料額  円 | | | | | | |  | 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  ＊ | |  |
| 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等 | | | | | | | | | 第1期5月  第2期6月  第3期7月  第4期8月  第5期9月  第6期10月  第7期11月  第8期12月  第9期1月  第10期2月  随時期3月 | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | 保険料徴収方法 | | | |  | | |  |
| 特別徴収義務者 | | | |  | | |
| 特別徴収対象年金給付の種類 | | | |  | | |
| これからの保険料納付等 | | | | | | | | |
|  | 保険料徴収方法 | | | |  | | |  |
| 特別徴収義務者 | | | |  | | | 計 | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| 合計額 | | | | | ア | | | | | | | | | イ | | | | | | | | |
| 特別徴収対象年金給付の種類 | | | |  | | | 差引増減額 | | | | | イ－ア | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 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。  (変更後の)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 | | | | |  |
|  | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 普通徴収の場合の納期限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 納期 | 納期限 | | | | | 納期 | | | 納期限 | | | | | | 普通徴収の場合の納入場所  　山梨中央銀行、山梨県民信用組合  　山梨みらい農業協同組合  　身延町役場派出  お問い合わせ先  　身延町役場福祉保健課  　住所　山梨県南巨摩郡身延町切石117-1  　電話番号　0556-20-4611 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第1期  第2期  第3期  第4期  第5期 | ○年5月31日  ○年6月30日  ○年7月31日  ○年8月31日  ○年9月30日 | | | | | 第6期  第7期  第8期  第9期  第10期 | | | ○年10月31日  ○年11月30日  ○年12月25日  ○年1月31日  ○年2月末日 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

※裏面の教示お読みください。

(裏)

教示

　この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、山梨県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年間を経過すると審査請求をすることができなくなります。)。

　また、当該審査請求に対する山梨県介護保険審査会の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、身延町を被告として(訴訟において身延町を代表する者は、身延町長となります。)、甲府地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、山梨県介護保険審査会の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、当該裁決の日の翌日から起算して1年間を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。

　処分の取消しの訴えは、この決定についての審査請求に対する山梨県介護保険審査会の裁決を経た後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が、次のいずれかに該当するときは、当該裁決を経ないで提起することができます。

　(1)　審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。

　(2)　処分、処分の執行又は手続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な理由があるとき。

　　住所　山梨県甲府市丸の内1-6-1　電話番号　055-223-1453

　　　　　山梨県健康長寿推進課