

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日 号

〇〇市（町村）長

印

賦課年度 特別徴収開始通知書（仮徴収）

賦課年度 分のあなたの介護保険料を年金から固定文言1で編集して通知します。

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
生 年 月 日		性 別	
住 所			

これからの保険料納付方法

保 険 料 徴 収 方 法	
特 別 徴 収 義 務 者	
特 別 徴 収 対 象 年 金	

保険料額

年 金 支 払 月	特 別 徴 収 さ れ る 保 険 料 額
4 月	
6 月	
8 月	
仮 徴 収 額 合 計	

10月以降の保険料額は、あなたの年間保険料額から4月から8月までに特別徴収された保険料の合計額を差し引いた額になります。
詳しくは別途通知します。

固定文言2

自由記載1

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1を被告として（訴訟において市町村長を代表する者は市町村長となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か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。