様式第４号（第５条関係）

介護保険料減免決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  （申請者）　　　　　様 | 第　　　　　号  　　　　年　　月　　日  えびの市長 |

先に申請のありました　　　　年度分の介護保険料の減免について、下記のとおり　承認・不承認　と決定しましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 減免決定年月日 |  | 減免した減免額 |  | | | | | | | | | |
| 減免前保険料額 |  | 減免後保険料額 |  | | | | | | | | | |
| 不承認理由 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 納期 | 減免前保険料額 | | 減免額 | | 減免後保険料額 | |
| 普通徴収 | 特別徴収 | 普通徴収 | 特別徴収 | 普通徴収 | 特別徴収 |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 月　期 |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |

問い合わせ先　　えびの市

住所　　　　　　　　　　　　番地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　教示　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１　この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算　　　　して３か月以内に、宮崎県介護保険審査会に審査請求をすることができます。なお、　　　この処分のあった日の翌日から起算して１年を経過したときは、正当な理由がある　　　　場合を除き、審査請求をすることができなくなります。　　　　　　　　　　　　　　　２　処分の取消しの訴えは、上記１の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起　　　　することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知っ　　　　た日の翌日から起算して６か月以内に、えびの市を被告として（訴訟においてえび　　　　の市を代表する者は、えびの市長となります。）、提起することができます。なお、　　　　この処分があった日の翌日から起算して１年を経過したときは、正当な理由がある　　　　場合を除き、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。ただし、次　　　　のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟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。

　　　　　　　　住所

電話