様式第2号(第7条関係)

介護保険料減免決定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

出雲市長

　　　　　年　月　日付けで申請された介護保険料の減免については、下記のとおり承認・不承認と決定したので、出雲市介護保険料の減免に関する取扱要綱第7条の規定に基づき通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | 性別 | | |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 決定日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 決定 | 承認 | | | | | | | | 不承認 | | | | | |
| 減免期間 | 年　　　月　　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 保険料年額 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 減免額 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 納めていただく保険料 |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 不承認の理由 |  |

〔教示〕

１　この処分について不服がある場合は、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、島根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。

２　処分の取消しの訴えについては、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が、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。

なお、上記の場合の処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に、出雲市を被告として（訴訟において出雲市を代表する者は出雲市長となります。）、提起することができます。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。