様式第18号

|  |
| --- |
| 介護保険　サービスの種類指定結果通知書(文書の記号)第何号　　年　　月　　日 |
| 　 | 〒様 | 小野町長　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　年　　月　　日あなたが行ったサービスの種類指定変更申請について、介護認定審査会の判定に基づき、次のとおり認定したので通知します。 |
| 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 被保険者氏名 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | サービスの種類の指定 | 　 | 　 |
| 理由 | 　 |
| 問い合わせ先〒963―3492福島県田村郡小野町大字小野新町字舘廻92番地福島県田村郡小野町役場　　　課　　　班　電話番号不服の申立この通知書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60日以内に、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。福島県介護保険審査会(福島県担当部署)電話番号 |