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 | | | | | | | | | | | | | | | | |