様式第24号

|  |
| --- |
| (文書の記号)第何号　　年　　月　　日〒　　　　　　　様小野町長　　　　　　　　　　印介護保険　要介護認定・要支援認定取消通知書　　　　　年　　月　　日に行われた要介護認定・要支援認定を介護認定審査会の審査に従い取り消します。 |
| 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 被保険者氏名 | 　 | 　 |
| 取消理由 |
| 　 | 　 | 　 |
| ・被保険者証を小野町役場　　課に提出してください。提出期限：　　　　年　　月　　日ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。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 |