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