様式第26号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (文書の記号)第何号  　　年　　月　　日  〒  　　　　　　　様  小野町長　　　　　　　　　　印  介護保険　要介護状態区分変更通知書  あなたの要介護状態区分を下記のとおり変更します。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |  |
| 検査結果 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 今までの要介護状態区分　　　　　　これからの要介護状態区分 | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 認定の有効期間 | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |  |
| ・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  福島県田村郡小野町役場　　　課　　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | |