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 |