様式第28号

居宅介護(介護予防)サービス費、特例居宅介護(介護予防)

サービス費、地域密着型（地域密着型介護予防）サービス費、特例地域密着型（特例地域密着型介護予防）サービス費、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費、居宅介護(介護予防)住宅改修費、居宅介護(介護予防)サービス計画費、特例居宅介護(介護予防)サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、高額介護(介護予防)サービス費

|  |
| --- |
| (文書の記号)第何号　　　年　月　日〒　　　　　　　様小野町長　　　　　　　　　　印 |
| 介護保険　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支給(不支給)決定通知書 |
| 先に申請のありました、給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。 |
| 　 | 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 受付年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 決定年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 　 |
| 本人支払額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 給付の種類 | 　 |
| 支給 | □　する　　□　しない | 支給金額 | 円 |
| 不支給・減額の理由 | 　 |
| 　 |
| 　 | 支払方法 | 　 |
| □　窓口払 | □　口座払 |
| お持ちいただくもの | ・この通知書・介護保険被保険者証・申請書に使用した印鑑 | 振込先 | 金融機関 | 　 |
| 口座種目 | 　 |
| 支払場所 | 　 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 支払期間 | 　　　年　月　日～　　　年　月　日月曜日から金曜日午前　時～午後　時 | 口座名義人 | 　 |
| 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　　　　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 |