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