様式第70号

(2号被保険者用)

(文書の記号)第何号

　　年　　月　　日

医療保険者　　様

(国保保険者)　　　　　　　　　　　　　　　　　小野町長　　　　　　　　　　印

(介護保険者)

介護保険　要介護認定等申請受理通知書

下記の者に係る要介護(更新)認定・要支援(更新)認定の申請を受理したので通知いたします。

なお下記の者について、介護保険法第68条第1項に規定する滞納保険料等がある場合には、指定期日までに小野町役場　　課までお知らせください。

指定期日　　：　　　　　　年　　月　　日

要介護(更新)認定等の申請を行った者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護認定等申請者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 介護被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の種類 | 1　要介護(要支援)認定申請(新規)  2　要介護(要支援)認定申請(更新)  3　区分変更認定申請　　4　その他〔　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | |
| 申請年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

加入している医療保険の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者の名称 |  |
| 保険者番号 |  |
| 被保険者証記号番号 |  |

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