様式第４号（第１６条関係）

高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給（不支給）決定通知書

(文書の記号)第何号

　　　年　月　日

〒

　　　　　　　様

小野町長　　　　　　　　　　印

　申請のありました高額医療合算介護予防サービス費に相当する第１号事業支給費の支給について、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