第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

介護保険要介護（要支援）認定申請のお知らせ

○○市（町村）長　印

**固定文言１**

このことにつきまして、65歳の前日から介護保険サービスの対象者となります。つきましては、ホームヘルパー等のサービスについてサービス利用を希望される方は、介護保険の申請の手続きを行ってください。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  | 氏　　　名 |  |
| 住　　　　 所 |  | | |
| 現在の支給内容 |  | | |
| 年齢到達日 |  | | |
| 提出書類 |  | | |
| 申請期限 |  | | |
| 申請先 |  | | |
| 備　　　　 考 | **固定文言２＋編集１** | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |