第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**訪問介護利用者負担額減額認定更新のお知らせ**

**（障害ホームヘルプサービス利用者等の利用者負担額軽減措置）**

**固定文言１**

次のとおり、あなたの訪問介護利用者負担額減額認定の有効期間が終了いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 認定の有効期間 | から　　　　　　　　　　　　　　　 まで | | | |
| 必要なもの | **固定文言２** | | | |
| **固定文言３**  備考 | **固定文言４＋編集１** | | | |

**固定文言５**

・訪問介護利用者負担額減額認定における有効期間を経過した場合は、訪問介護の利用者負担額に係る減額が

　受けられませんので、更新の申請を行ってください。

・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |