第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険　要介護・要支援状態区分変更通知書**

**固定文言１**

あなたの要介護状態区分又は要支援状態区分を次のとおり変更します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| いままでの要介護・要支援状態区分 |  | | |
| これからの要介護・要支援状態区分 |  | | |
| 変更年月日 |  | | |
| 変更理由 |  | | |
| 介護認定審査会の  意見 |  | | |
| 認定の有効期間 | から　　　　　　　　　　　　　　　　まで | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | |

　従前の被保険者証をお持ちの方は以下のとおり提出してください。

**固定文言４＋編集２**

　ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

　　　提出先　：○○市（町村）介護保険課

　　　提出期限：　　　年　　月　　日

**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 |

**不服の申立て及び取消訴訟**

不服の申立て及び取消訴訟

　この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（ 都道府県郵便番号　都道府県住所　電話：都道府県電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

　この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、 市町村名１ を被告として（訴訟において 市町村名２ を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

　ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

　１　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

　２　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

　３　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。