第　　　　　　号

　年　月　日

○○市（町村）長

**総合事業対象者決定通知書**

次のとおり、事業対象の判定がされましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本チェックリスト  実施年月日 |  | | |
| 判定年月日 |  | 判定結果 |  |
| 判定理由 |  | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集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 |