介護保険給付制限処分弁明書

様式番号

○○市（町村）長　様

**固定文言１＋編集１**

給付制限種類処分について、次のとおり弁明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 提出年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |
|  |
| 被保険者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | **固定文言２** | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 弁明の理由 | １　公費負担医療の受給  ２　災害  ３　重大な障害又は長期入院  ４　その他 | | | | | | | | | | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 |  |

**固定文言３**

添付書類について

　１　公費負担医療の受給　・・・その事実が証明できる書類

　２　災害　・・・り災証明書等

　３　重大な障害又は長期入院

　４　その他　・・・その事由が証明できるもの