第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険利用者負担額減額・免除認定更新のお知らせ**

**固定文言１**

次のとおり、あなたの利用者負担額減額・免除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**

・利用者負担額減額・免除認定における有効期間を経過した場合は、利用者負担額に係る減額・免除が受けら

　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 |