第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険　負担割合変更のお知らせ**

**固定文言１**

次のとおり、あなたの負担割合が変更となりましたので、お知らせいたします。

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更年月日 |  | |
| 変更理由 |  | |
| 利用者負担の割合 | | 適用期間 |
|  | | 開始年月日  終了年月日 |
|  | | 開始年月日  終了年月日 |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | |

**固定文言４＋編集２**

従前の負担割合証をお持ちの方は以下のとおり提出してください。

ただし、既に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 |