第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険****負担限度額認定更新のお知らせ**

**固定文言１**

次のとおり、あなたの負担限度額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**

・負担限度額認定における有効期間を経過した場合は、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定が受け

　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 |