|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | ９９９－９９９９  ●●県●●市●●１－２－３  あいうえおかきくけこ  ■■　太郎　様  （▲▲　花子　様分）  （1234567890） | |  | | ●●市介護保険課  123-4567　●●市●●１－２－３  電話番号　987-6543-2111  FAX番号 　123-456-7890  メール　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | |  |   **自由記載１**  **固定文言１** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 第　　　　　　号  年　月　日 | | | | | ○○市（町村）長  印 | | | | | 要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ | | | | | 次のとおり、あなたの要介護認定・要支援認定の有効期間が  終了いたします。 | | | | |  | 被保険者番号 |  |  | | 被保険者氏名 |  | | 要介護状態区分 |  | | 認定の有効期間 | から  まで | | 必要なもの | **固定文言３** | | **固定文言４**  備考 | **固定文言５＋編集１** |   **固定文言２** | |  | | --- | | **固定文言６**  ・現在、介護サービスを利用している方が更新をされない場合  （有効期間を過ぎた場合）には、これまでのサービスを受け  られなくなりますので、ご注意ください。  ・引き続きご利用される場合は、更新の手続が必要となります  ので、お早めの手続をお願いいたします。  （認定結果が出るまでに３０日程度を要しますので、できる  だけ有効期間終了の３０日前までには申請を済ませてください。）  ・なお、申請は本人や家族等のほか、地域包括支援センターや  介護保険施設又は居宅介護支援事業者による提出の代行も  できます。サービスを利用している方等につきましては、  担当ケアマネジャー等とご相談の上、手続を行ってください。  ・介護サービスを利用する予定がない方、介護サービスを利用  していない方は、今回の更新の申請手続は必要ございません。  なお、介護サービスが必要になったときは、改めて申請する  ことができます。  ・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。 | |