第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険要介護認定結果の情報提供について**

**固定文言１**

情報提供を希望された被保険者の認定結果については、次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 認定結果 |  | | |
| 要介護・要支援  状態区分 |  | | |
| 認定の有効期間 | から　　　　　　　　　　　　　　　まで | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集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 |