第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護保険負担割合証発行のお知らせ**

**固定文言１**

　次のとおり、あなたの負担割合証を発行しましたので、お知らせいたします。

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

**固定文言２**

　　同封されています負担割合証の内容をご確認ください。

|  |
| --- |
| （補足説明文） |

**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 |