第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

（医療保険者）

印

○○市（町村）長

様式番号

**要介護認定等申請受理通知書**

**固定文言１＋編集１**

　次の者に係る要介護（更新）認定・要支援（更新）認定の申請を受理したので通知いたします。

　なお次の者について、介護保険法第６８条第１項に規定する滞納保険料等がある場合には、指定期日までに

以下のお問合せ先までお知らせください。

　指定期日：　　　　年　　月　　日

要介護（更新）等の申請を行った者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護認定等申請者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 性別 |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の種類 | 1. 要介護（要支援）認定申請（新規） 2. 要介護（要支援）認定申請（更新）   ３．区分変更認定申請　　　　　４．その他[　　　　　　　　　　　　　　] | | | | | | | | | | | | |
| 認定申請日 |  | | | | | | | | | | | | |

　加入している医療保険の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者の名称 |  | | |
| 保険者番号 |  | | |
| 被保険者記号 |  | 被保険者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |