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・要支援認定等延期通知書**

**固定文言１＋編集１**

　認定申請日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等を次のとおり

延期しますので、通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 延期理由 |  | | |
| 処理見込期間 |  | | |

**固定文言２**

|  |
| --- |
| （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 |