第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**高額介護予防サービス費相当事業費支給のお知らせ**

**固定文言１**

　次のとおり、高額介護予防サービス費相当事業費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | フリガナ | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | |  | |
| サービス提供年月 |  | | | | |
| 自己負担金額 |  | | 支給（予定）金額 | |  |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | | | |

**自由記載１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自己負担上限額 | |  | |
| 世帯員 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 利用者負担金額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**固定文言４**

支給を希望する場合は、「高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書」を以下宛てに提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |