|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | ９９９－９９９９  ●●県●●市●●１－２－３  あいうえおかきくけこ  ■■　太郎　様  （▲▲　花子　様分）  （1234567890） | |  | | ●●市介護保険課  123-4567　●●市●●１－２－３  電話番号　987-6543-2111  FAX番号 　123-456-7890  メール　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | |  |   **自由記載１**  **固定文言１** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 第　　　　　　号  年　月　日 | | | | | ○○市（町村）長  印 | | | | | 介護保険　要介護認定・要支援認定等延期通知書 | | | | | 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＋編集１** | |  | | --- | | **固定文言３** | |