第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

（生活保護担当課、福祉事務所等）

印

○○市（町村）長

様式番号

**第２号該当生活保護受給者に係る審査判定結果について**

**固定文言１**

　次の者に係る認定審査会にて要介護・要支援の審査結果が出ましたので通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者番号 |  | 対象者氏名 |  |
| 判定年月日 |  | 判定結果 |  |
| 判定理由 |  | | |
| 介護認定審査会の  意見 |  | | |
| 判定の有効期間 | から　　　　　　　　　　　　　　　　まで | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集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 |