第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ**

**固定文言１**

次のとおり、あなたの要介護認定・要支援認定の有効期間が終了いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 要介護状態区分 |  | | | |
| 認定の有効期間 | から　　　　　　　　　　　　　　　まで | | | |
| 必要なもの | **固定文言２** | | | |
| **固定文言３**  備考 | **固定文言４＋編集１** | | | |

**固定文言５**

・現在、介護サービスを利用している方が更新をされない場合（有効期間を過ぎた場合）には、これまでの

　サービスを受けられなくなりますので、ご注意ください。

・引き続きご利用される場合は、更新の手続が必要となりますので、お早めの手続をお願いいたします。

　（認定結果が出るまでに３０日程度を要しますので、できるだけ有効期間終了の３０日前までには申請を

　　済ませてください。）

・なお、申請は本人や家族等のほか、地域包括支援センターや介護保険施設又は居宅介護支援事業者による

　提出の代行もできます。サービスを利用している方等につきましては、担当ケアマネジャー等とご相談

　の上、手続を行ってください。

・介護サービスを利用する予定がない方、介護サービスを利用していない方は、今回の更新の申請手続は

　必要ございません。なお、介護サービスが必要になったときは、改めて申請することができます。

・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |

**自由記載１**