第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼の**

**届出に関するお知らせ**

**固定文言１**

　次のとおり、あなたは要介護認定・要支援認定等を受けていますが、居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼の届出が行われていません。

　居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼の届出が行われないと居宅（介護予防）サービス又はサービス・活動に係る費用を一旦全額自己負担していただくこととなります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 要介護（要支援）等  認定日 |  | 要介護度等 |  |
| 認定の有効期間 | から　　　　　　　　　　　　　　　 まで | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | |

**固定文言４**

・本通知と行き違いに届出済みの場合には、ご容赦ください。

**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 |