介護保険　要介護認定・要支援認定結果通知書

文　書　番　号
平成　　年　月　日

〒999-9999
○市△△町村

○○　○○　　様

○○市（町村）長　　印

平成○年○月○日にあなたが行った要介護認定・要支援認定の申請について、介護認定審査会において以下のとおり審査判定されましたので、認定し通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

判定結果

＊判定年月日

（＊決定年月日としても差し支えない。）

理由

認定審査会の意見・サービスの種類の指定

認定の有効期限	

・認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは、認定の有効期間の満了日の６０日前から認定の更新申請をすることができます。
・認定の有効期間であっても、心身の状態が変化した等の場合は、区分変更申請を行うことができます。
・サービスの種類の指定を受けた場合には、その後の心身状態の変化により、必要があるときには、当該サービス種類の指定にかかるサービス種類の変更申請を行うことができます。

問い合わせ先
○○市（町村）介護保険課　　住所　　電話番号

不服の申立て
この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して６０日以内に、○○県介護保険審査会に対して審査請求をすることが可能です。
住所　　電話番号