様式第17号(第20条関係)

(2号被保険者用)

介護保険要介護認定等申請受理通知書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　○○医療保険者　　　　様

　　(国保保険者)

身延町長

(介護保険者)

　下記の者に係る要介護(更新)認定・要支援(更新)認定の申請を受理したので通知いたします。

　なお、下記の者について、介護保険法第68条第1項に規定する未納医療保険料等がある場合には、指定期日までに身延町役場福祉保健課までお知らせください。

　指定期日　：　　　　　年　　月　　日

　要介護(更新)認定等の申請を行った者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護認定等申請者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 介護被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の種類 | 1　要介護(要支援)認定申請(新規)  2　要介護(要支援)認定申請(更新)  3　区分変更認定申請　　4　その他［　　　　　　　　　　　　　] | | | | | | | | | | | |
| 申請年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |

　加入している医療保険の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者の名称 |  |
| 保険者番号 |  |
| 被保険者証記号番号 |  |

問い合わせ先

　身延町役場福祉保健課

　住所　山梨県南巨摩郡身延町切石117-1　　電話番号　0556-20-4611