

NN
NN

NXXXXXXXX
NN
NN
NN

NN N

NN
NN

被保険者氏名	NN	被保険者番号	X X X X X X X X X X X X X X X X
サービス提供年月	NN 29 年 29 月		
受付年月日	NN 29 年 29 月 29 日	決定年月日	NN 29 年 29 月 29 日
本人支払額	999,999,999 円		
給付の種類	NN NN NN NN		
支給	N N N	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN	222,222,229 円
不支給の理由	NN NN		

支払方法			
N N N		N N N	
お持ち いただくも の	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	NN
		口座種目	NNN
支払場所	NN	振込先	口座番号
支払期間	NN 29 年 29 月 29 日 NN 29 年 29 月 29 日 N N N 99 99 N 99 99		口座名義人

問い合わせ先
 NXXXXXXXX
 NNN
 NNN

 NNN
 NNN
 電話番号 XXXXXXXXXXXX

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、
NN 員に対して審査請求をすることができます。
- この決定の取消しを求める訴訟は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、
NN 員に対して提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、
原則として審査請求をすること及び決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

変更

高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書（総合事業）

〒123-45XX
〇〇県××市×××1-2-3

介護 太郎 様

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1	4	2	0	7	7	0	0	X	X
サービス提供年月	平成 28 年 8 月											
受付年月日	平成 28 年 9 月 1 日	決定年月日	平成 28 年 11 月 15 日									
本人支払額	30,000 円											
給付の種類	介護予防生活支援サービス事業費											
支給	する	支給金額	5,400 円									
不支給の理由												

支払方法												
		口座払										
お持ちいただくの	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	〇〇銀行 本店									
		口座種目	普通									
支払場所		振込先	口座番号	1	2	3	4	5	X	X		
支払期間		口座名義人	〇〇〇 〇〇〇									

問い合わせ先
〒123-45XX
〇〇県××市〇〇〇1-2-3

××市 介護保険課
電話番号 XXX(XXX)XXXX

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、**××市役**に対して審査請求をすることができます。
- この決定の取消しを求める訴訟は、**この決定**があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、**××市役**に対して提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求を**す**ること**及び**決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(000001)