第

号

平成 年 月 日

様

下郷町長

介護保険負担限度額認定決定通知書

先に申請のありました、食費・居住費に係る負担限度額、利用者負担額減額・免除認定については

下記のとおり決定しましたので通知します。

審査請求

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に 介護保険審査会に審査請求をすることができます。（電話０２４１－６９－１１９９）

また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から

起算して６か月以内に下郷町を被告として提起することができます。

なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の１から３までのいず れかに該当するときを除く。）でなければ提起することができません。

１審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

２処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

３その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

〒967-0004 福島県南会津郡南会津町田島字天道沢甲２５４２－２

℡ 0241-63-0305

問い合わせ先

下郷町役場 健康福祉課 福祉係

福島県南会津郡下郷町大字塩生字大石１０００番地 電話番号 ０２４１－６９－１１９９

DBH85001

決 定 年 月 日

平成 年 月 日

決 定 事 項

１

承 認 す る

適 用 年 月 日 平成 年 月 日 （承認内容）

有 効 期 限 平成 年 月 日 食費負担限度額 円

居住費負担限度額ユニット型個室 円

居住費負担限度額ユニット型個室的多床室 円

居住費負担限度額従来型個室（特養等） 円

居住費負担限度額従来型個室（老健・療養等） 円

居住費負担限度額多床室 円

２

承 認 し な い

理 由

被保険者番号

被保険者氏名

印