第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書**

**（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）**

**固定文言１＋編集１**

申請年月日に申請のありました、社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請については、次のとおり決定し

ましたので通知します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | 被保険者氏名 |  | |
|  | |  |  | |  |
| 決定年月日 | |  |  | | |
| 決定事項 | | | | | |
| １　承認する | 適用年月日　　　　　　　　　　　　　（承認内容）  有効期限  確認番号 | | | | |
| ２　承認しない |  | | | | |

**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 |

**不服の申立て及び取消訴訟**