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更新のお知らせ**

**（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**

次のとおり、あなたの社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認の認定の有効期間が終了いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 認定の有効期間 | から　　　　　　　　　　　　　　　 まで | | | |
| 必要なもの | **固定文言２** | | | |
| **固定文言３**  備考 | **固定文言４＋編集１** | | | |

**固定文言５**

・社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認の認定における有効期間を経過した場合は、社会福祉法人等による

　利用者負担額の軽減が受けられませんので、更新の申請を行ってください。

・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

**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 |